REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

BOLLETTINO UFFICIALE

1° SUPPLEMENTO ORDINARIO n. 7
DEL 26 MARZO 2010
AL BOLLETTINO UFFICIALE n. 12
DEL 24 MARZO 2010

SO 07

Anno XLVII S.O. n. 7

Il "Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia" si pubblica di regola il mercoledì; nel caso di festività la pubblicazione avviene il primo giorno feriale successivo. La suddivisione in parti, l'individuazione degli atti oggetto di pubblicazione, le modalità ed i termini delle richieste di inserzione e delle successive pubblicazioni sono contenuti nelle norme regolamentari emanate con DP Reg. n. 0346/ Pres. del 9 novembre 2006, pubblicato sul BUR n. 47 del 22 novembre 2006. Dal 1° gennaio 2010 il Bollettino Ufficiale viene pubblicato esclusivamente in forma digitale, con modalità che garantiscono l'autenticità e l'integrità degli atti assumendolo a tutti gli effetti valore legale (art. 32, L. n. 69/2009).

Sommario Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

Parte Prima Leggi, regolamenti e atti della Regione

10_SO7_1_DGR_465_1_TESTO

Deliberazione della Giunta regionale 11 marzo 2010, n. 465
LR 23/2004 art. 8 - Approvazione definitiva del Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010-2012.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

- con deliberazione della Giunta regionale n. 2460/2009 è stato approvato, in via preliminare, il progetto di "Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010-2012";
- la DGR 2460/2009 prevede l'acquisizione, ai fini dell'approvazione definitiva del Piano sanitario e sociosanitario regionale, dei pareri previsti dalla normativa vigente;
- sono stati acquisiti, al riguardo, per gli aspetti di competenza, i pareri del Ministero della salute, della Terza commissione consiliare, della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, delle università degli studi di Trieste ed Udine nonché della Consulta regionale delle associazioni dei disabili ai sensi, rispettivamente, dell'art. 1, comma 14, del DLGS 502/1992, dell'art. 8, comma 3, della LR 23/2004, dell'art. 1 della LR 8/2001, dell'art. 3 del Protocollo d'intesa Regione - Università degli studi di Trieste del 13.2.2006, approvato con DGR 3438/2005, dell'art. 3 del protocollo d'intesa Regione - Università degli studi di Udine del 9.1.2006, approvato con DGR 3439/2005, nonché dell'art. 13 bis della LR 41/1996;

VISTE le note:

- n. 3787/2010 del Ministero della salute;
- del 10.3.2010 della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale;
- n. 228/2010 dell'Università degli studi di Trieste;
- n. 2821/2010 dell'Università degli studi di Udine;
- del 16.2.2010 della Consulta regionale delle associazioni del disabili;
- n. 1873/P, dell'11.3.2010 del Consiglio regionale;

ATTESO che:

- il Ministero della salute ha espresso parere favorevole suggerendo, tuttavia, un richiamo al precedente atto di pianificazione, la previsione di un rinvio a successivi provvedimenti regionali di ulteriore dettaglio e l'allegazione del documento di analisi dello stato di attuazione della pianificazione precedente;
- le Università degli studi di Trieste ed Udine hanno formulato alcune osservazioni di carattere generale che costituiscono spunti di riflessione con riferimento all'attuazione del Piano sanitario e sociosanitario regionale ma che non sono tali, tuttavia, per il carattere che le connota, di comportare modifiche ai contenuti sostanziali del documento di pianificazione ed altre osservazioni di carattere più puntuale che hanno trovato accoglimento nei termini più avanti specificati;
- la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale si è limitata ad esprimere parere contrario senza, tuttavia, far pervenire osservazioni propositive e, quindi, utili per l'eventuale modifica dell'atto di pianificazione in argomento;
- la Terza commissione consiliare ha espresso parere favorevole al nuovo documento di pianificazione, nel testo aggiornato presentato in data 25.2.2010 e 9.3.2010, come modificato dagli emendamenti trasmessi con la predetta nota n. 1873/2010;
- la Consulta regionale dei disabili ha espresso, per quanto di competenza, parere favorevole sugli aspetti relativi alla disabilità;

PRECISATO che i suggerimenti del Ministero della salute sono stati accolti in quanto al Piano sanitario e sociosanitario regionale viene allegato il documento "Verifica dell'attuazione del Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006 - 2008" ed è stato ulteriormente precisato che:
- il Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010 - 2012 costituisce un'integrazione del precedente e, pertanto, le strategie di sviluppo del SSR, nel prossimo triennio, verranno perseguite, complessivamente, tenendo conto di entrambi gli atti pianificatori (pagina 7);
- il nuovo documento costituisce il primo atto di un più ampio processo di pianificazione a costruzione progressiva (pagina 7);

PRECISATO, altresì, che:
- sono state accolte le osservazioni delle Università degli studi di Trieste ed Udine con riferimento:
  - al modello organizzativo dipartimentale (pagina 39);
  - alle peculiarità delle aziende ospedaliero - universitarie con riferimento ai criteri di finanziamento di tale tipologia di ente del Servizio sanitario regionale (pagina 17);
  - al mantenimento nel tempo dei requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale (pagina 39);
  - al rinvio alla sede appropriata (modifica degli atti aziendali di cui alla DGR 834/2005) delle modifiche alle strutture operative aziendali (mediante l'eliminazione dei relativi riferimenti contenuti nel documento approvato in via preliminare);
  - alle esigenze della didattica e della ricerca (pagina 17);
- sono state accolte tutte le modifiche proposte dalla Terza Commissione consiliare di cui alla comunicazione n. 1873/2010;

PRECISATO, infine, che il Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010 - 2012 verrà attuato in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente in materia di finanziamento degli enti del SSR;
TUTTO CIÒ PREMESSO su proposta dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali,
all'unanimità,

DELIBERA

1. è approvato il "Piano sanitario e sociosanitario regionale 2010 - 2012" con il relativo documento allegato "Verifica dell'attuazione del Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006 - 2008";
2. i documenti di cui al punto sub 1), costituenti parte integrante del presente provvedimento, saranno pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione.

IL PRESIDENTE: TONDO
IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

10_SO7_1_DGR_465_2_ALL1

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Piano sanitario e sociosanitario regionale
PSSR 2010 – 2012

INDICE GENERALE

INQUADRAMENTO NORMATIVO

L'art. 7 della L.R. 17 agosto 2004, n. 23, che detta norme in materia di programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, in attuazione dei principi contenuti nel D.Lgs. 502/1992, così come modificato dal decreto legislativo 229/1999, nella legge 328/2000 e nella legislazione regionale di settore, individua il Piano sanitario e sociosanitario regionale quale fondamentale strumento della programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria. Ai sensi dell'art. 8 della medesima legge, esso "definisce, in coerenza con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, le strategie regionali in materia di sanità e di integrazione sociosanitaria" e, inoltre, "ha durata triennale ed è adottato con deliberazione della Giunta regionale, sentite la competente Commissione consiliare e la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale"(art. 8).

La normativa prevede inoltre che il PSSR sia obbligatoriamente sottoposto a parere preventivo delle Università di Trieste e Udine (Protocolli d'intesa), oltreché all'acquisizione del parere del Ministero della salute per quanto attiene alla coerenza del piano regionale con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale.

In merito ad altri pareri, non obbligatori, si richiama l'avvenuta ampia azione di consultazione sulle criticità del Servizio Sanitario Regionale e su possibili argomenti oggetto del PSSR tenuto nella primavera 2009 attraverso il Libro Verde, i cui risultati hanno costituito motivo di analisi e riflessione ai fini della definizione del presente Piano ed in particolare dell'individuazione delle progettualità che lo caratterizzano. Successivamente, il progetto di Piano sanitario e sociosanitario regionale per il triennio 2010-2 approvato dalla Giunta regionale con propria deliberazione n. 2460 dd. 5.11.2009, è stato oggetto di un vasto dibattito orientato ad ulteriormente promuovere il coinvolgimento e la partecipazione del più ampio numero di soggetti istituzionali, sociali e professionali e che ha trovato il proprio momento culminante nelle audizioni tenute presso la Terza Commissione Consiliare permanente nel corso del mese di febbraio. I risultati dell'intenso confronto così realizzato ed i notevoli contributi in tal modo acquisiti hanno consentito la rielaborazione dell'originaria proposta nella presente sua versione definitiva.

VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE PREGRESSA CON EVIDENZA DELLE MAGGIORI CRITICITA'

In Friuli Venezia Giulia si vive generalmente bene ed è un orgoglio poter affermare che quella che viene garantita oggi ai suoi cittadini è indiscutibilmente una sanità di buon livello, che ricopre, con alcuni gradi di autentica eccellenza, una posizione elevata nelle classifiche nazionali.
Ciò nonostante, così come meglio oltre evidenziato, gli studi e le analisi di questi ultimi anni dicono, che a fronte di un'offerta di servizi che in alcuni settori emerge persino come sovrabbondante sia pure non sempre in possesso di tutti i requisiti di qualità e sicurezza previsti ai fini dell'accreditamento, in altri ambiti si dimostra invece nettamente insufficiente poiché continuano a permanere rilevanti aree di bisogno non ancora coperte. Ricercare modalità per individuare e riuscire a raggiungere anche queste porzioni di popolazione non servita, posta in condizioni di marginalità, sforzandosi, se possibile, di anticipare una domanda che ancora non emerge ma che pur tuttavia sussiste, è un dovere prima di tutto etico che si impone a tutti coloro che sono chiamati ad amministrare il bene pubblico.
Se tutti i cittadini sono uguali dal punto di vista dei diritti e delle aspirazioni, certamente non lo sono dal punto di vista dei bisogni, della disponibilità di risorse e delle condizioni di vita (basti pensare alle popolazioni anziane ed a quelle stanziate in zone geograficamente disagiate), come altrettanto vero è che le probabilità di ammalarsi non sono ugualmente suddivise fra gli individui. I gruppi fragili vanno dunque attivamente individuati e serviti perché sfuggono dai meccanismi di reclutamento tradizionali. Ed è proprio qui, su questo fronte, che il confine tra sanità e sociale diventa sempre più impercettibile e la necessità di integrazione fra i due ambiti viene avvertita come una reale e concreta esigenza degli individui, in special modo nei momenti di maggiore vulnerabilità dell'esistenza.

A fronte del bisogno emergente nell'ambito della propria popolazione, la Regione Friuli Venezia Giulia ha, in questi anni, elaborato ed approvato molteplici atti di pianificazione di interventi da realizzare in campo sanitario e socio sanitario in gran parte ancora validi e condivisibili nei contenuti, ma tuttora carenti nella loro completa realizzazione.

Di seguito sono segnalate, in estrema sintesi, per le tre distinte aree dell'assistenza sanitaria, della prevenzione, del sociale e dell' integrazione sociosanitaria, alcune situazioni di maggiore criticità corrispondenti ad altrettanti obiettivi della programmazione regionale non ancora realizzati e destinati a rimanere incompiuti in assenza di un riordino del sistema. Un più dettagliato monitoraggio del livello di attuazione della pianificazione socio-sanitaria regionale relativa al triennio 2006-2008 è inserito nel documento allegato in appendice al presente Piano.

Area assistenza sanitaria

Assistenza ospedaliera

Si registrano:

- Carenza di posti letto per post-acuti:

Post acuti: posti letto
Standard: 4,5 posti per 10.000abitanti

ASS di ubicazione	Posti Letto 31/12/2008	PL 31.12.08 ogni 10.000 abitanti	PL previsti dal Piano della riabilitazione	Criticità
ASS 1 Triestina	20	0,83	190-200	X
ASS 2 Isontina	8	0,56		X
ASS 3 Alto Friuli		0,00	220-230	X
ASS 4 Medio Friuli	36	1,02		X
ASS 5 Bassa Friulana	24	2,14		X
ASS 6 Friuli Occid.	30	0,96	115-120	X
TOTALE FVG	**118**	0,96	**525-550**	**X**

Note: 70 posti letto sono gestiti da Aziende Ospedaliere
La previsione è stata definita per Area Vasta

Come si può notare dalla tabella risultano attivi 118 posti su 550 programmati

- Carenza di posti letto di terapia intensiva e semintensiva generali e specialistiche
- Carenza di posti letto per comi e stati vegetativi
- Carenza di strutture per mielo e neurolesioni
- Impossibilità di stare completamente al passo con le innovazioni tecnologiche (nuovi farmaci, metodiche diagnostiche e terapeutiche in area oncologica, trapianti, dolore, malattie rare, interventistica innovativa in area vascolare, cardiologia, neurochirurgia)
- Impossibilità di garantire e mantenere completamente qualità, sicurezza e rispetto dei criteri di accreditamento
- Impossibilità di garantire completamente il rispetto dei tempi di attesa per prestazioni ambulatoriali, diagnostiche ed interventi chirurgici programmabili

Assistenza territoriale

Si registrano:

- Carenza di posti letto per hospice: la seguente tabella evidenzia che risultano attivi 48 posti su 93 previsti (4 ASS non raggiungono i livelli previsti)

Hospice: Posti letto

ASS di ubicazione	31/12/2008	Standard: 1/13000 ab	PL previsti da Piano della riabilitazione	Criticità
ASS n. 1	20	18,4	20	
ASS n. 2	10	11,0	10	
ASS n. 3	3	5,7	6	X
ASS n. 4	*	27,1	25	X
ASS n. 5	5	8,6	10	X
ASS n. 6	10	24,0	22	X
REGIONE	48	94,9	93	X

* Nel 2010 prevista apertura di 15 posti

- Carenza di posti letto per RSA : la seguente tabella indica che 4 ASS non raggiungono il livello minimo previsto. Non sempre sono state individuate le aree specializzate all'interno delle strutture

Residenze Sanitarie Assistenziali – Posti letto
Standard: da PSSR 2006-2008: DO PL 0,8 ogni 1000 abitanti
da piano riabilitazione: pl 962 (pari a 3,42 ogni 1000 ultra 65 enni)

ASS di ubicazione	Posti Letto 31/12/2008	pl 31.12.08 /pop. res*1.000	pl 31.12.08 /pop. Res.>64 anni*1000	Fabbisogno da Piano della riabilitazione	Criticità
ASS n. 1	229	0,96	3,50	**205-251**	
ASS n. 2	126	0,88	3,62	**104-128**	
ASS n. 3	42	0,56	2,42	**53-65**	X
ASS n. 4	192	0,54	2,42	**235-287**	X
ASS n. 5	56	0,50	2,26	**73-89**	X
ASS n. 6	159	0,51	2,52	**185-226**	X
REGIONE	**804**	**0,65**	**2,82**	**854 - 1046**	X

- Carenze nell'ambito dell'offerta rivolta alla salute mentale: 6 CSM su 20 non raggiungono orari di apertura 24 ore su 24
- Carenze nell'ambito dell'offerta rivolta alle dipendenze: come evidenziato dalla seguente tabella 2 ASS non raggiungono il livello minimo previsto

Dipartimento della dipendenze: Standard da PIANO SSR 2006-2008: **1,4** dipendenti per 10.000 ab.

	Dipendenti ogni 10.000 ab.	Criticità
ASS n. 1	2,88	
ASS n. 2	1,54	
ASS n. 3	2,15	
ASS n. 4	1,42	
ASS n. 5	**1,16**	X
ASS n. 6	**0,70**	X
REGIONE	1,56	

- L'attività distrettuale non sempre a regime, e più in particolare per:

  - Carenza nell'ambito del servizio infermieristico domiciliare: la tabella evidenzia che 3 ASS non raggiungono il livello minimo previsto

Servizio infermieristico domiciliare (SID)
Standard da PIANO SSR 2006-2008: **3,5/4,5** infermieri su ogni 10000 abitanti

	Infermieri per 10.000 ab	Criticità
ASS n. 1	6,05	
ASS n. 2	**2,39**	**X**
ASS n. 3	4,82	
ASS n. 4	**(*) 2,63**	
ASS n. 5	4,19	
ASS n. 6	**2,98**	**X**
REGIONE	**3,63**	

(*) Integrato da servizio in outsourcing

  - Carenze assistenziali in ambito di neuropsichiatria infantile e di supporto al mondo della scuola in ogni ASS

  - Mancato sviluppo di unità multiprofessionali, scarso utilizzo del coordinatore del caso, mancato avvio del punto unico di accesso ai servizi sociosanitari

  - Ancora scarsa autonomia tecnico gestionale.

<u>Area della prevenzione</u>

Si registrano:

- Insufficiente sviluppo della prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro per carenza di interventi ispettivi, formativi ed informativi specialmente con riferimento al fenomeno infortunistico e all'incidenza delle malattie professionali

- Necessità di ulteriore potenziamento degli screening

- Carenza di interventi per la promozione della salute nelle scuole di ogni ordine e grado e promozione di stili di vita sani

- Necessità di ulteriore potenziamento delle attività di vigilanza in ambito di igiene pubblica.

Area del sociale ed integrazione e sociosanitaria

Si rilevano:

- Necessità di investimenti conseguenti alla riclassificazione delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti finalizzati alla riqualificazione dell'assistenza

- Necessità di ulteriori finanziamenti a favore delle famiglie (fondo solidarietà, abbattimento rette)

- Necessità di ulteriori finanziamenti a favore dei Comuni per i servizi sociali per minori

METODO E CONTENUTI

Sotto il profilo metodologico, il Piano sanitario e sociosanitario regionale (PSSR 2010 – 2012), fermo restando che:

- costituisce un'integrazione del precedente Piano sanitario e sociosanitario 2006-2008 e pertanto le strategie di sviluppo del S.S.R. nel prossimo triennio verranno perseguite complessivamente, tenendo conto di entrambi gli atti programmatori;

- deve intendersi quale primo atto di un più ampio processo di programmazione a costruzione progressiva, ed è a tal fine elaborato in forma generale, con indicazione – rispetto agli argomenti trattati – degli obiettivi da conseguire e di linee prioritarie di intervento, rinviando a successivi provvedimenti, anche legislativi, ogni specificazione sulle linee operative, sulle competenze, sulle risorse necessarie per la loro attuazione.

Esso si ispira ai seguenti principi:

- assicura parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri ai cittadini italiani ed agli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, conformemente a quanto previsto dalla normativa vigente in materia. Al riguardo viene garantita l'equiparazione tra cittadini italiani e stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale, conformemente a quanto previsto dall'art. 34 del D.Lgs. 25.7.1998, n. 286. Agli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale viene garantita l'assistenza sanitaria in conformità a quanto indicato dall'art. 35 del D. Lgs. 286/1998;

- rappresenta naturale prosecuzione e sintesi rilevante dell'ampia consultazione condotta nel corso del 2009 sul "Libro Verde": Linee di indirizzo (anno 2008), Libro verde e PSSR rappresentano eventi afferenti a momenti diversi di un unico processo finalizzato a dare risposte concrete alle questioni di maggior impatto sul sistema sanitario e socio-sanitario regionale garantendo il più ampio coinvolgimento e partecipazione dei soggetti istituzionali, sociali e professionali interessati;

- predilige un approccio operativo rispetto a modalità espositive di tipo filosofico e/o enciclopedico, pertanto non tratta specificatamente tutti i possibili settori di intervento in campo socio-sanitario. Nel recepire i risultati prodotti dalle citate consultazioni, esplicitamente conferma nella loro interezza le programmazioni già efficacemente avviate e consolidate negli anni precedenti, mentre si concentra su selezionate aree di intervento individuate - anche in considerazione dei contenuti altamente innovativi - come prioritarie nel triennio;

- privilegia azioni volte al potenziamento degli aspetti di qualità ed appropriatezza delle prestazioni rese;

- definisce regole esclusivamente rivolte ad intervenire, laddove necessario, su formule organizzative di offerta. Coinvolge le realtà locali (Aziende e rappresentanze delle comunità locali), nelle decisioni relative agli assetti dell'offerta, fermi restando i livelli essenziali obbligatoriamente da garantire;

- gli interventi prospettati in nessun caso sono destinati a conseguire risparmi fine a se stessi, ma sono sempre diretti ad ottenere recuperi di risorse da reinvestire nel sistema destinandoli al miglioramento dei livelli quali-quantitativi dei servizi resi ed alla copertura di bisogni ancora inevasi;

- definisce le direttrici e le principali linee strategiche di intervento destinate ad orientare l'azione nel triennio e mantiene in capo alla programmazione attuativa il compito di individuare idonei indicatori in grado di consentire la costante verifica dei risultati raggiunti e la valutazione di impatto che ciascuna azione è destinata ad esercitare su altri ambiti di attività e sull'assetto complessivo del sistema.

Sotto il profilo dei contenuti, il PSSR 2010-2 conferma, anche per il prossimo triennio, gli obiettivi di salute ed i risultati attesi previsti dagli atti programmatori regionali precedenti e che si intendono ancora vigenti, in particolare riguardo ai seguenti ambiti di intervento:

- l'accreditamento, il governo clinico e la valutazione della qualità per garantire e mantenere un sistema sociosanitario di alta qualità

- la riduzione dei tempi di attesa attraverso il governo della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie, l'attuazione della LR 7/2009 e la conferma delle linee previste dalla DGR 288/2007
- la garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico dei cittadini, da perseguire attraverso il potenziamento dell'autonomia ed operatività dei distretti, intesi quali luoghi naturalmente deputati a garantire il costante miglioramento dei servizi sanitari territoriali in un'ottica di passaggio da offerte settoriali di servizi a servizi organizzati in rete secondo modalita' operative che prevedono accordi di programma, procedure, interventi formativi multiprofessionali, coordinamento delle attivita', valutazione multidisciplinare del bisogno, monitoraggio clinico-assistenziale e promozione della salute, anche in forza di una sempre più intensa collaborazione e valorizzazione dell'operato dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. A tale ultimo riguardo si prevede di realizzare il passaggio da una "medicina d'attesa" ad una "medicina di iniziativa" evolvendo verso tipologie organizzative coerenti con le previsioni della Convenzione quadriennale recentemente approvata, che introduce nuovi modelli associativi obbligatori (aggregazione funzionale, unità complessa di cure primarie, equipe territoriale) e facoltativi - da realizzarsi fra i soli medici di medicina generale e pediatri di libera scelta o fra di essi ed altre figure professionali impegnate nella continuità assistenziale - ed altresì propone nuove modalità di coordinamento con le strutture distrettuali lungo una traiettoria di complessità crescente dei casi trattati, al fine di conseguire gli obiettivi dichiarati dell'integrazione tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e tra territorio ed ospedale;
- il completamento della rete di assistenza ai malati terminali,
- il miglioramento dell'integrazione socio sanitaria ottimizzando l'utilizzo di strumenti quali il PAT e PdZ.
- la prosecuzione, sia per la parte ospedaliera che per la parte territoriale, del piano della riabilitazione, delle attività previste dal progetto obiettivo materno infantile e dell'età evolutiva e dal piano regionale per le malattie oncologiche
- la piena attuazione di quanto definito dagli atti di pianificazione per quanto concerne gli interventi volti alla prevenzione ed alla promozione della salute, alla lotta alle dipendenze ed alla tutela della salute mentale, con il pieno coinvolgimento di tutte le forze e professionalità operanti sul territorio, ivi incluse le componenti associazionistiche e del volontariato .

Entro la fine del 2010 i molteplici importanti percorsi avviati dalla normativa pianificatoria vigente saranno oggetto di sistematizzazione, al fine di renderne piu' agevole la consultazione e verifica. Di seguito vengono richiamati gli atti di programmazione più rilevanti, che si intendono, ad ogni effetto confermati:

Normativa di pianificazione sanitaria e socio sanitaria vigente e che conserva la sua validità

- oltre alle Leggi Regionali a contenuto programmatorio, da ultima, di particolare rilevanza, la **L.R. n. 7 del 26-3-2009 "Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale".**

Delibera di Giunta regionale n. 1633 del 29 maggio 1998
"D.G.R. 6619/95 - P.I.M.T- 1995-1997 - Approvazione Piano regionale per le malattie oncologiche"

Delibera di Giunta regionale n. 1487 del 25 maggio 2000
"D.G.R. 3854/1999: PIMT per il triennio 2000-2002. Approvazione linee guida per la gestione delle RSA"

Deliberazione della Giunta regionale n. 486 del 20.2.2002
"DM 28/1999 - DM 5/2001 Programma per la realizzazione di centri residenziali di cure palliative all'interno della rete di assistenza ai malati terminali"

Deliberazione della Giunta regionale n. 3235 del 29.11.2004
"Approvazione del Progetto obiettivo materno infantile e dell'età evolutiva. Approvazione definitiva".

Deliberazione n. 3236 del 29-11-2004
"LR 23/2004, art. 7 comma 2: Linee guida per la predisposizione del programma delle attività territoriali (PAT) e del piano di zona (PDZ)

Deliberazione della Giunta regionale n. 606 del 24.03.2005
"Approvazione del Piano regionale della riabilitazione" (Proposto con DGR n. 3237 del 29-11-04)

Deliberazione della Giunta regionale n. 2862 del 7-11-2005:
Piano regionale della prevenzione per il triennio 2005 - 2007 - Approvazione
Deliberazione della Giunta regionale n. 1177 del 1-6-2006
Accordo Stato - Regioni 23/03/2005 - Piano regionale triennale della prevenzione - seconda parte

Deliberazione della Giunta regionale n. 2267 del 29-9-2006
Terzo piano sangue e plasma regionale per il triennio 2006 – 2008.

Per poter proseguire sul percorso avviato in questi anni dalla Regione, intervenendo sulle criticità evidenziate nel capitolo precedente servono nuove risorse, da acquisire auspicabilmente senza gravare sui cittadini, per poter programmare di più nelle aree che si vorrebbe sviluppare (118 ed emergenza, liste di attesa, politiche per gli anziani, integrazione sociosanitaria…).

Si pone così la questione economica. La crescita dei costi della sanità è notoriamente superiore alla possibilità complessiva a farvi fronte ed il rischio è che, in tempi brevi, non vi sia più possibilità di spesa nel bilancio regionale, perché l'intero spazio di manovra potrebbe essere assorbito dalla spesa sanitaria.

Come affrontare il tasso di crescita della spesa sanitaria evitando arretramenti, garantendo anzi maggiore qualità, se non a fronte di un chiaro, lucido e rigoroso processo di riorganizzazione del sistema?

L'analisi attenta dell'offerta e delle sue punte di criticità da un lato e della correlata domanda di salute nel suo evolvere dall'altro inducono necessari interventi di razionalizzazione, che permettono di eliminare le inefficienze e liberare risorse da utilizzare negli ambiti in cui ancora molto resta da fare. Un risultato che può essere ottenuto eliminando le sperequazioni, la frammentazione o la duplicazione dei servizi, la ridondanza delle prestazioni e ridefinendo le modalità di organizzazione di vasti settori di attività a partire da quelli non a diretto impatto sull'utenza, quali quelli amministrativi e di supporto.

Garantire maggiore qualità a fronte di un migliore impiego delle risorse nel prossimo triennio è, dunque, il filo conduttore che lega fra loro le quattro tematiche affrontate dal presente Piano sociosanitario 2010-2012. Suo principio ispiratore, l'avvio di un percorso destinato a riconciliare l'offerta di prestazioni, a partire da quella ospedaliera, modulandola sull'analisi del reale bisogno, con una serie di interventi tendenti a privilegiare e potenziare selettivamente i servizi più rilevanti, appropriati ed efficaci, suscettibili di rispondere alle reali esigenze dei cittadini. Il documento si propone così di intraprendere una prima revisione di taluni aspetti organizzativi afferenti a selezionati ambiti di attività quali:

- la presa in carico integrata delle persone con malattia cronica e disabilità
- la rete ospedaliera
- la rete dell'emergenza

individuando, all'interno di essi, specifiche linee di intervento, intendendole quale passo iniziale, tuttavia ben delineato e deciso, verso la creazione di un sistema sensibile ai mutamenti socio demografici in atto ed alla conseguente trasformazione della domanda di salute, intesa nella sua concezione ampia, in cui le componenti sanitaria e sociale parimenti convivono. Si tratta di mutamenti che sempre più, nel prossimo triennio, saranno destinati ad intensificarsi e che pertanto non possono essere ignorati poiché necessariamente impongono la definizione di un nuovo modo di organizzare risposte.

Al centro vi è la persona, non come mera enunciazione di principio, neppure unicamente intesa nel rapporto, pure essenziale, tra utente e struttura erogatrice e/o tra utente ed operatori ma presente come riferimento sin dall'origine, ovvero già in sede di progettazione dell'architettura organizzativa del sistema nel suo complesso. Vi è la convinzione che qualunque scelta operata al di fuori di tale essenziale criterio porterebbe, del resto, ad un sicuro arretramento. E in sanità non si può tornare indietro.

Le direttrici che informano la programmazione regionale per il prossimo triennio, quindi, sono la qualità, il rispetto dei valori costituenti il tessuto sociale, l'evoluzione concertata e solidale, la professionalizzazione di un approccio verso l'utenza mai lasciato al caso, mai disumanizzato. Il momento storico che stiamo vivendo testimonia che il tempo in cui l'offerta determinava la domanda si è ormai chiuso. La certezza è che vi sia ora la necessità di un salto caratterizzante, determinante e creativo, l'invenzione di un modo diverso di progettare e realizzare sistema e servizi.

Serve lavorare su questioni di equilibrio, adottando criteri di gestione che rendano più economico ed efficace il governo della sanità e del sociale ed effettiva l'integrazione, in tal modo consentendo di superare le carenze ed eliminare inutili sovrapposizioni, finalmente liberando nuove sinergie sul piano della qualità degli interventi e della loro efficienza.

Occorre trovare la giusta strada tra politica, consenso e sagge scelte organizzative. Un equilibrio che si sa essere molto complesso, ma il cui raggiungimento, tuttavia, potrà essere notevolmente facilitato se l'approccio sarà trasparente e se si riuscirà a trovare la capacità di condividere i problemi e le possibili strade nell'affrontarli.

Molte volte la non conoscenza porta a difendere l'indifendibile, dunque, occorre il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, degli operatori, dei cittadini e dei loro rappresentanti, per consentire a ciascuno, con senso di responsabilità, di svolgere la propria parte. Ciò al fine di non disperdere i livelli di assistenza già elevati raggiunti ma anche per estendere la garanzia di tutela a tutti coloro che ne hanno bisogno, eliminando le contraddizioni e le discriminazioni ancora presenti soprattutto nelle aree critiche.

Rimangono pertanto vigenti le progettualità avviate dalle programmazioni regionali precedenti, ove non palesemente in contrasto con il nuovo cammino intrapreso con il presente Piano.
I molteplici importanti percorsi avviati nell'ambito dei piani di settore saranno oggetto di revisione entro la fine del 2010.

La descrizione delle quattro prioritarie progettualità:

1) La presa in carico integrata delle persone con malattia cronica e disabilità

2) La rete ospedaliera

3) La rete dell'emergenza

4) Il miglioramento dell'efficienza

che costituiscono, per l'appunto, la struttura portante del presente documento, è preceduta da una serie di considerazioni in ordine alle principali tendenze ed

orientamenti d'azione previsti nei settori delle risorse economico-finanziarie ed umane, nonché degli investimenti e dei sistemi informativi.

PRINCIPALI TENDENZE ED ORIENTAMENTI D'AZIONE NEL TRIENNIO 2010-2012

Salute e servizi alla persona sono settori per i quali tutti gli indicatori mostrano rilevanti potenziali di espansione, motivati dal fatto che la crescita del PIL per i cosiddetti "beni superiori" aumenta in misura più che proporzionale rispetto alla crescita del reddito.
È largamente noto, infatti, che l'aumento del fabbisogno per tali servizi in misura maggiore rispetto alla crescita del PIL, è per la gran parte attribuibile alle dinamiche demografiche ed epidemiologiche, in particolare all'aumento della disabilità e della cronicità, al progresso scientifico e tecnologico, alla struttura dei costi di produzione in sanità e più in generale all'ampliamento della nozione di salute.

Queste circostanze da anni hanno imposto la necessità di affrontare il problema della disponibilità complessiva delle risorse finanziarie occorrenti a sostenere l'aumento e la diversificazione della domanda e i correlati investimenti tecnologici.
Di fronte a questo problema, la tendenza ad una crescita esponenziale del fabbisogno e le difficoltà ad intercettare la domanda crescente di qualificazione e personalizzazione dei servizi per la salute, hanno, di fatto, determinato, in linea generale, un'entità via via crescente della massa finanziaria impegnata in tali attività, con valori incrementali significativamente superiori a quelli destinati ad altri interventi nel settore pubblico.
Altrettanto noto è come il quadro sin qui illustrato risulti ulteriormente aggravato, in questo particolare momento storico, dall'impatto della crisi finanziaria propagatasi dal 2008 sulle economie di tutti i Paesi, il che pone con forza la questione della sostenibilità dei sistemi di *welfare* dei paesi europei e, in particolare, delle misure a finanziamento dei sistemi sanitari pubblici.

Occorre inoltre osservare come la circostanza che la Regione Friuli Venezia Giulia sia uscita fin dall'anno 1997 dal finanziamento statale del Fondo Sanitario Nazionale, privilegiando l'autofinanziamento del sistema sanitario regionale a fronte delle maggiori compartecipazioni regionali sulle imposte, esponga la Regione medesima in maniera più diretta e immediata alle dinamiche economiche generali, ed in particolare, in questo momento, alla rilevante contrazione delle entrate causata dalla crisi economica.
La scelta strategica dell'Amministrazione regionale di garantire la sostenibilità degli interventi nei settori della sanità e dei servizi sociali, riconoscendo comunque agli stessi – nel contesto finanziario del bilancio regionale 2010 – un incremento di risorse tra il 2 ed il 3 per cento su una massa finanziaria che vale oltre la metà dell'intero bilancio regionale, mette tuttavia in chiara evidenza la forte attenzione che essa intende continuare a riservare a tali settori, per contro inducendola ad intervenire con contestuali riduzioni, contenimenti e sacrifici negli altri ambiti di attività.

Gli incrementi di risorse riconosciuti per il sistema regionale sociosanitario consentiranno di affrontare i maggiori oneri per il personale dipendente e convenzionato e per l'acquisto di beni e servizi, mentre i recuperi di efficienza che deriveranno da un rigoroso governo delle risorse faranno il resto, rendendo possibile il raggiungimento di tale prioritaria finalità di miglioramento assegnata.

Il mantenimento dei livelli assistenziali ed il raggiungimento dei nuovi obiettivi di Piano, in un contesto che comporta una sostanziale invarianza delle risorse disponibili, sono strettamente connessi ad un uso razionale dei fattori produttivi e ad un efficace e puntuale controllo della gestione nelle Aziende sanitarie ed ospedaliere. Le condizioni risultanti dal quadro economico già delineato, e che si possono prefigurare per il periodo di vigenza del Piano anche nel presupposto di un'inversione di tendenza circa la situazione generale di crisi economica, esigono inderogabilmente politiche di riorganizzazione dei sistemi di gestione che puntano al contenimento della naturale espansione dei costi. Occorre pertanto individuare nuove formule, fondate su *mix* equilibrati tra decentramento dell'erogazione dei servizi da un lato ed accentramento dei fattori gestionali caratteristici dall'altro, in una dimensione necessariamente sovraziendale connessa ad un ridisegno dell'integrazione a livello territoriale.

Non possono sussistere dubbi o incertezze sul fatto che esistono significativi margini per azioni di riordino e di riorganizzazione alle quali ciascuna Azienda sarà tenuta ad orientarsi. A tali azioni dovranno necessariamente conseguire risparmi ed economie di spesa capaci di liberare nuove risorse da orientare su nuovi interventi di sviluppo e di potenziamento, segnatamente per realizzare quelle priorità non compiutamente conseguite rispetto alle indicazioni e agli obiettivi dei precedenti atti fondamentali di programmazione sanitaria regionale. Tra questi, a titolo esemplificativo, come in parte già sopra evidenziato:

- l'assistenza territoriale, sul duplice versante della prevenzione, in particolare della sicurezza sui luoghi di lavoro, e della continuità assistenziale, segnatamente l'assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa, l'assistenza in R.S.A., le cure palliative, l'area materno infantile, la continuità delle cure e dell'assistenza, l'integrazione sociosanitaria, le strutture residenziali per gli anziani, la salute mentale e le dipendenze;

- l'assistenza ospedaliera, da dirigere verso una maggiore integrazione delle funzioni, verso l'appropriatezza e qualità delle prestazioni e l'abbattimento dei tempi d'attesa;

- nuove e sempre più incisive azioni per la distribuzione diretta dei medicinali ad alto costo, per la distribuzione dei farmaci cosiddetta "per conto", da realizzarsi attraverso la collaborazione con le farmacie pubbliche e private presenti sul territorio in conformità agli obiettivi descritti dalla recente L. n. 69/2009 e dal D.Lgs. n. 153/2009 dd. 3.10.09;

- altri interventi specifici, per la gestione e prevenzione del rischio clinico, per l'accreditamento, per la formazione del personale, per l'affinamento degli strumenti connessi ai sistemi informativi, per gli aspetti gestionali connessi alle procedure centralizzate di acquisto di beni e servizi, nonché alla centralizzazione di funzioni amministrative e tecniche.

Che non possano sussistere dubbi sui significativi margini di recupero economico attraverso azioni di riordino e riorganizzazione all'interno delle singole Istituzioni del Servizio sanitario regionale viene anche semplicemente denotato dalla sola circostanza che l'assistenza ospedaliera presenta ancora oggi costi di gestione ben superiori agli standard necessari, pur in presenza di un tasso di ospedalizzazione e di una dotazione di posti letto sostanzialmente in linea con gli standard nazionali.

L'operazione di qualificazione della spesa sanitaria si gioca prevalentemente sul perseguimento di una maggiore efficienza tecnico - organizzativa nella gestione delle strutture ospedaliere. Peraltro, va considerata la notevole incidenza, nella struttura dei costi complessivi del sistema sanitario e sociale, del cosiddetto "terziario interno non caratteristico", ossia delle attività relative all'amministrazione e contabilità, agli acquisti, alle procedure per la gestione del personale ecc., per le quali tutte le analisi finora svolte evidenziano margini significativi di risparmio conseguibili tramite l'ottimizzazione della gestione dei diversi ambiti di servizio, ponendo in atto politiche di integrazione interaziendale orientate a:

- sviluppare il ricorso obbligatorio agli acquisti centralizzati anche mediante repertori condivisi di beni e servizi,
- ricercare le forme delle integrazioni amministrative e contabili attraverso il riordino delle attività strumentali non sanitarie di supporto, anche nella logica del fornitore interno sovraziendale,
- migliorare la politica delle risorse umane, sia per gli aspetti normo-contrattuali, al fine di utilizzare al meglio le opportunità offerte dai contratti e dalle convenzioni nazionali, sia per l'aspetto della qualificazione degli operatori, finalizzando l'aggiornamento professionale, sia per gli aspetti di centralizzazione delle procedure di acquisizione, di gestione giuridica ed economica;
- sviluppare la politica dell'innovazione tecnologica, al fine di governare il suo impatto sulla gestione dei servizi;
- sviluppare le modalità di integrazione dal punto di vista della logistica e dell'edilizia sanitaria.

Il ruolo del livello regionale centrale nel governo del sistema potrà a sua volta supportare le Aziende nella loro ricerca di sempre migliori condizioni di equilibrio tra risorse assegnate e risultati conseguiti, favorendo confronti interaziendali mediante lo strumento del *benchmarking*, nonché attraverso interventi equilibratori su fattori produttivi per i quali la dinamica del costo è legata a scelte e decisioni esterne al sistema. Alla medesima stregua degli oneri conseguenti all'applicazione degli accordi collettivi nazionali per il personale dipendente o delle convenzioni collettive nazionali per il personale convenzionato, per i quali oggi vengono previsti i finanziamenti regionali occorrenti al loro sostenimento, parimenti potrà essere prevista una sorta di stanza di compensazione a livello regionale per altri fattori, quali ad esempio la spesa farmaceutica convenzionata, il cui andamento si connette ad una molteplicità di determinanti, in buona parte anche esterne agli interventi aziendali orientati al suo governo.

Sia gli aumenti dovuti a fattori per così dire esogeni, sia gli eventuali decrementi potranno allora essere concepiti come area di rilievo sovraziendale, nella quale maggiori

oneri da un lato e risparmi dall'altro confluiscono al livello centrale a scopo di regolazione degli equilibri economici.

In linea generale si tratta, mediante un'adeguata messa a punto, di bilanciare l'approccio dell'equità (pari risorse a parità di bisogni) con l'approccio della responsabilizzazione, tenendo anche conto della necessità di stimolare e premiare i comportamenti virtuosi delle gestioni aziendali mediante opportune forme di riconoscimento.

Da quanto rilevato sopra si comprende l'esigenza inderogabile di una pluralità di interventi, a partire dal livello sovraordinato regionale per arrivare alla singola Azienda ed anzi alla singola struttura, diretti, da un lato, verso la razionalizzazione dell'acquisizione e dell'impiego dei fattori produttivi, nonché, dall'altro, verso il riordino e la riorganizzazione delle attività in relazione a quanto descritto in precedenza segnatamente per quanto concerne le aree tecniche e amministrative di supporto.

Come è già stato rilevato, tali azioni sono volte non solo a ricondurre i costi complessivi del sistema a valori compatibili con un'entità di risorse condizionata dai vincoli dimensionali descritti, ma soprattutto a qualificare la struttura dei costi stessi mediante i recuperi, senz'altro possibili come già detto, da destinare all'adeguamento dei livelli dell'assistenza territoriale, collettiva e distrettuale, e ad un loro allineamento agli standard previsti.

Strategia di allocazione delle risorse

Fino all'anno 2000 i criteri di finanziamento alle Aziende sanitarie regionali erano basati sulla quota pro-capite della popolazione pesata e corretta e tenevano altresì conto della remunerazione delle prestazioni mediante il sistema tariffario con determinati correttivi; in seguito, a motivo degli squilibri piuttosto accentuati che risultavano evidenziati rispetto alla struttura dei costi delle diverse Aziende, venne privilegiata la scelta di riparto sulla base dei costi storici e, a partire dal 2007, sulla base del finanziamento già riconosciuto per il precedente esercizio.

Nel 2010 sarà definito un nuovo modello di finanziamento capace di cogliere le differenze territoriali e di composizione delle popolazioni in termini epidemiologici, socio-economici e di struttura, nonché di promuovere, per quanto concerne l'attività ospedaliera, l'allocazione delle risorse nei settori di attività destinati a rispondere ai reali bisogni di salute della popolazione con la copertura dei costi dei fattori produttivi a ciò necessari tenendo altresì conto, per le Aziende ospedaliero-universitarie, delle attività di didattica e di ricerca svolte.

Le risorse umane

Nel triennio 2010-2012, la manovra sul personale dipendente dovrà essere orientata a garantire un'utilizzazione sempre migliore delle risorse umane sotto il profilo dell'efficienza e della qualità, valorizzando abilità e competenze, pertanto, curando la formazione e lo sviluppo professionale del personale, individuando più adeguate modalità di coinvolgimento, da realizzarsi soprattutto attraverso la comunicazione interna ed affinando le tecniche di valutazione allo scopo di renderle più coerenti rispetto alle strategie complessive perseguite da ciascuna Azienda e dal sistema nel suo complesso.

La programmazione delle dotazioni organiche dovrà avvenire in coerenza ed in raccordo:

- con le disposizioni della pianificazione regionale sull'assetto istituzionale e sui modelli organizzativi/gestionali da attuare in ambito aziendale, sulla base dei vincoli stabiliti dalla Regione e ferma restando l'autonomia demandata agli enti del Servizio Sanitario Regionale di determinare, di conseguenza, gli strumenti e le modalità operative sull'organizzazione aziendale
- con le linee di programmazione espresse dal presente Piano sia per quanto attiene lo sviluppo dell'offerta dei servizi, sia con riferimento alla revisione delle dotazioni organiche conseguente alle esigenze di razionalizzazione espresse dal Piano medesimo, al fine di garantire un equilibrato utilizzo delle risorse.

In tale prospettiva, la determinazione delle dotazioni organiche dovrà basarsi su criteri oggettivi ed uniformi in relazione agli specifici indirizzi regionali che verranno forniti e che saranno finalizzati a garantire requisiti di accreditamento delle strutture e qualificazione dei livelli di assistenza, mentre le assunzioni di personale saranno strettamente connesse all'acquisizione dei profili professionali medici e del ruolo sanitario (dirigenza e comparto) nei limiti della revisione degli organici e compatibilmente al finanziamento annualmente previsto per la gestione del personale dipendente.

Le linee di gestione, approvate annualmente dalla Giunta regionale, stabiliscono le modalità che gli enti del Servizio Sanitario Regionale debbono attuare, mediante i piani aziendali, per determinare la manovra di assunzione e per il contenimento della spesa del personale nonché stabiliscono il finanziamento complessivo compresi i costi derivanti dagli eventuali rinnovi contrattuali in conseguenza dell'entrata in vigore dei CCNNLL e l'entità delle quote di risorse aggiuntive regionali. Le linee di gestione fissano, altresì, la metodologia e la tempistica per la rendicontazione dello stato di avanzamento della manovra stessa e di gestione della spesa.

La programmazione regionale dispone, altresì, in materia di applicazione degli strumenti operativi per l'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi previsti dagli Accordi Collettivi Nazionali per la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la specialistica

convenzionata, stabilendo criteri, modalità e condizioni per la remunerazione e incentivazione delle prestazioni e gestione dei fondi.

Gli investimenti

Indirizzi generali

In continuità con gli indirizzi contenuti nel piano 2006-2008, le aree di investimento cui destinare prioritariamente le risorse regionali e aziendali del SSR sono:

- rinnovo delle strutture ospedaliere per acuti, con l'avvio, la prosecuzione o il completamento delle opere relative agli ospedali della rete ospedaliera regionale come definita nel presente documento e sulla base delle norme statali e regionali in materia di accreditamento e degli orientamenti funzionali, distributivi e di qualità alberghiera ed intervento di adeguamento a tutte le norme di legge;
- sviluppo delle strutture per le attività territoriali: sedi distrettuali, strutture per l'assistenza intermedia, post-acuzie e hospice, residenziale e non, sedi per attività ambulatoriale, diagnostica di I livello; strutture per la medicina generale;
- perseguimento di un livello di dotazione tecnologica conforme alle funzioni e alle caratteristiche delle strutture ospedaliere, residenziali e territoriali;
- sviluppo delle tecnologie di comunicazione e integrazione informativa facilitanti l'accesso del cittadino alla rete di offerta e di continuità delle cure.

Di seguito sono illustrati i programmi e le aree di investimento di rilievo regionale e aziendale del SSR.

In conformità con quanto definito nel presente documento, la programmazione regionale degli investimenti comprenderà anche le strutture socio-sanitari per disabili, i CSRE (Centri Socio Riabilitativi ed Educativi) e analoghe strutture, residenziali e non, la cui copertura finanziaria è garantita da appositi stanziamenti di bilancio.

Investimenti di rilievo regionale: le tecnologie

In continuità con gli indirizzi contenuti nel piano 2006-2008, la dotazione strumentale del SSR dovrà tener conto di:

- innovazione dei processi sanitari, dei protocolli clinici e delle tecnologie;
- indirizzi di sviluppo del SSR (rete ospedaliera, residenzialità post-acuta, riabilitazione, sviluppo del ruolo territoriale, accesso alle prestazioni, continuità della cura) in coerenza con quanto già specificato nel presente documento per quanto riguarda la definizione della rete ospedaliera regionale e le attività e funzioni delle singole strutture;
- articolazione programmata dei ruoli e delle funzioni, sia a livello delle strutture ospedaliere che delle strutture territoriali;
- esigenze di attrezzaggio e arredo delle strutture nuove e/o ristrutturate;
- mantenimento in sicurezza ed efficienza del patrimonio tecnologico esistente.

Il governo della spinta tecnologica e del livello di investimento necessario (negli ultimi anni attestato a circa 40 milioni annui per tecnologie e arredi) può essere attuato

mediante la definizione di standard di dotazione e di livello prestazionale, la condivisione di protocolli clinici di utilizzo, la verifica dei processi programmatori e gestionali.

Nel corso del triennio dovranno proseguire e consolidarsi le modalità di valutazione e gestione delle tecnologie a livello aziendale (programmazione aziendale, acquisto, manutenzione, modalità e livelli di utilizzo) e a livello regionale (programmazione, autorizzazione, validazione e condivisione degli esiti dell'innovazione).
Per quanto riguarda, in particolare, lo sviluppo e il mantenimento di progetti regionali, le attività già avviate e da mantenere, sono le seguenti:

- PACS regionale (fornitura e installazione dei sistemi PACS locali e avvio dei sistemi presso le Aziende destinatarie della fornitura in questione; realizzazione del sistema regionale di integrazione dei sistemi locali, che raggiungerà il pieno delle funzionalità previste in relazione ai tempi di realizzazione ed attivazione della rete telematica a banda larga regionale);
- rinnovo delle reti telefonica e radiomobile del 118;
- mantenimento del coordinamento centrale nel settore delle tecnologie biomediche nell'analisi e nella verifica di unificabilità del fabbisogno e nella definizione dei requisiti tecnici e prestazionali dei beni e dei servizi da acquisire con gare unificate.

Si prevede, inoltre, il proseguimento delle attività svolte in collaborazione e con il finanziamento del Ministero della Salute e dell'AGENAS:

- collaborazione con la Direzione Dispositivi Medici e Farmaci del Ministero della Salute e nell'ambito della Commissione Unica dei Dispositivi medici (CUD) – ex art. 57 L. n. 289/2002 – finalizzata prima alla creazione e successivamente alla revisione annuale della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici e di produzione di strumenti complementari e integrativi finalizzati ad agevolarne l'uso;
- mantenimento e aggiornamento della Banca dati CIVAB – OPT (codifica CIVAB e aggiornamento BDTB);
- contributo operativo al Ministero della Salute e alla Commissione Unica sui Dispositivi Medici, nelle attività di monitoraggio di determinati settori di dispositivi medici finalizzato alla razionalizzazione della spesa sostenuta dal SSN (attività in convenzione con l'AGENAS).

Investimenti di rilievo regionale: il programma delle opere edilizie

Nella seguente tabella si riportano gli interventi compresi nel programma delle opere di cui alla DGR 901/2006 e alle successive modifiche con gli avanzamenti attesi nel corso del triennio.

AOU di Trieste e IRCCS Burlo di Trieste	Riordino della rete ospedaliera triestina - Comprensorio di Cattinara: – Prosecuzione/completamento delle opere relative all'adeguamento logistico del comprensorio e alla nuova sede dell'IRCCS (parcheggi, viabilità, impianti) e alle ristrutturazioni interne complementari ai lavori da affidare in project financing – Affidamento della procedura di project financing, progettazione e avvio dei lavori
AOU di Trieste	Riordino della rete ospedaliera triestina – Ospedale Maggiore: – Ultimazione dei lavori di ristrutturazione e attivazione del lato di via Slataper del quadrilatero – Ultimazione dei lavori di realizzazione del polo tecnologico – Progettazione e avvio dei lavori delle strutture logistiche ed econonomali
AOU di Udine	Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese: – Completamento e attivazione del I e II lotto del nuovo ospedale, centrale impiantistica e laboratori, gallerie di collegamento – Aggiornamento della progettazione generale del comprensorio – Progettazione e avvio del III lotto – Prosecuzione degli interventi di ristrutturazione (pad. Nuove Mediche, pad. Petracco, etc) – Attivazione della nuova sede della Neonatologia (pad. Petracco)
AO di Pordenone	Nuovo Ospedale di Pordenone: – Affidamento della procedura di project financing, progettazione e avvio dei lavori
ASS 1	Riordino logistico delle sedi distrettuali: – Prosecuzione degli interventi di riordino logistico delle sedi distrettuali
ASS 2	Sede direzionale di Gorizia: – Ultimazione dei lavori Ospedale S.Polo di Monfalcone: – Prosecuzione degli interventi di adeguamento normativo della piastra
ASS 3	Ospedale di Tolmezzo: – Conclusione dei lavori del III lotto (area materno-infantile, degenze lato ovest, adeguamento strutturale) delle opere di ristrutturazione, adeguamento a norme e accreditamento – Progettazione e avvio delle opere di IV lotto

ASS 4	Ospedale di S.Daniele – Avvio e prosecuzione dei lavori del I lotto di ristrutturazione e accreditamento della struttura (nuova sede ambulatoriale e laboratori) – Progettazione dei lotti successivi IMFR Gervasutta di Udine: – Progettazione e avvio delle opere del II lotto di ristrutturazione e accreditamento della struttura Comprensorio di Cividale: – Completamento dei lavori e attivazione della sede distrettuale e attivazione dell'Hospice presso il Padiglione Levante Hospice di Udine - ASS 4 – Fondazione Morpurgo-Hoffmann: – Progettazione e avvio dei lavori
ASS 5	Ospedale di Latisana – Avvio e avanzamento delle opere relative al II e III lotto di ristrutturazione e accreditamento della struttura (Padiglione Chirurgico e torri impiantistiche)
ASS 6	Ospedale di S.Vito al Tagliamento: – Completamento del II lotto di ristrutturazione e accreditamento della struttura (area endoscopica, etc.) – Progettazione e avvio del III lotto Cittadella della Salute di Pordenone – Progettazione, avvio e avanzamento dei lavori

Nel caso di interventi non ancora finanziati, l'avvio dei lavori è subordinato alla effettiva disponibilità di sufficienti risorse regionali nel corso del prossimo triennio.

In attuazione di quanto previsto nella deliberazione della GR n. 1531/2004 avente per oggetto la "Gestione delle commesse di progettazione e realizzazione delle opere di edilizia ospedaliera e sanitaria di rilievo regionale", il Gruppo di commessa continua la propria attività riguardo alle modalità di realizzazione e finanziamento e riguardo il coordinamento delle fasi progettuali delle opere sopraelencate.

Investimenti di rilievo aziendale

L'investimento programmato a livello aziendale, riguardante manutenzioni straordinarie, adeguamento normativo e ristrutturazioni meno pesanti delle strutture in uso e rinnovo del patrimonio strumentale esistente e degli arredi, negli ultimi anni si è attestato a circa 30 milioni di euro annui, ove sono compresi i finanziamenti in conto capitale regionale ed eventuali risorse proprie.

La programmazione aziendale dovrà comunque essere conforme agli indirizzi generali di investimenti ed essere accordata con la programmazione e attuazione degli investimenti delle opere e delle tecnologie di rilievo regionale.
Le Aziende per i Servizi Sanitari dovranno dare risposta in via prioritaria allo sviluppo dell'offerta territoriale, con particolare riguardo alle sedi necessarie per le attività ambulatoriali, di diagnostica di I livello e per l'aggregazione dei MMG.
Inoltre, nell'ambito della programmazione di rilievo aziendale, le Aziende dovranno tener conto di eventuali lavori necessari ai fini dell'adeguamento ai requisiti specifici minimi per l'accreditamento istituzionale.

Le risorse

La disponibilità di risorse necessaria per garantire l'attuazione degli investimenti così come descritti nei paragrafi precedenti richiesta nel medio periodo è pari a quella prevista dalle leggi finanziarie regionali.
La copertura finanziaria dovrà essere garantita prevalentemente da conto capitale regionale, prevedendo l'utilizzo di strumenti finanziari quali leasing/liquidità di cassa/project financing per casi specifici per i quali ne sia garantita l'effettiva economicità, oltre che da eventuali risorse proprie aziendali e dall'eventuale attribuzione di fondi statali agli IRCCS e al SSR, ulteriori rispetto a quelli già attribuiti alla Regione con le leggi finanziarie 2007 e 2008 (già inserite nella programmazione regionale).

Come già evidenziato, le attività in convenzione con il Ministero della Salute e con l'AGENAS sono finanziate con appositi stanziamenti statali e pertanto, non costituiscono un onere per il bilancio regionale.

Gli investimenti relativi a strutture per disabili, residenziali e non, a carico del bilancio regionale non sono compresi nella programmazione di cui alla DGR 901/2006 e alle sue successive integrazioni e modificazioni.

Il sistema informativo

Per il prossimo triennio si individuano quattro grandi aree di sviluppo che orienteranno l'intera attività tenendo conto del lavoro realizzato negli anni precedenti e indicando sviluppi che configurano innovazioni di grande portata per l'organizzazione del sistema e per il cittadino su molteplici fronti operativi.
Ci si riferisce a:

a) soluzioni informatiche per servizi sanitari e sociali più accessibili: in funzione del già avviato processo di semplificazione del rapporto tra amministrazione e cittadino, che deve proseguire. I sistemi informativi che gestiscono le informazioni dell'utente, devono rappresentare un'immagine disponibile in tempo reale, integrata tra le diverse componenti organizzative e cliniche (fascicolo sanitario elettronico) e devono aprirsi in modo trasparente al momento della richiesta di prestazioni. In particolare è obiettivo rilevante del prossimo triennio il completamento dell'avviamento del CUP regionale, del servizio regionale di call-center, degli avviamenti di diversi sistemi di accesso quali la farmacia, il medico di famiglia, il portale al cittadino. Forme di pagamento on-line del ticket e inoltro digitale dei referti costituiscono poi i necessari complementi alle soluzioni di prenotazione on-line e via call-center;

b) soluzioni informatiche per l'integrazione socio-sanitaria e la continuità della cura: la riprogettazione del sistema informativo territoriale proseguirà in un'ottica che supporti le diverse forme di integrazione socio-sanitaria, i processi di continuità della cura (a livello aziendale, area vasta e regione) e il governo della sanità regionale. Obiettivi prioritari a tale riguardo sono la progressiva strutturazione di un sistema informativo socio-sanitario regionale attraverso il completamento del sistema informativo integrato ospedale-territorio;

c) soluzioni informatiche per una organizzazione più efficiente: l'informatica dovrà sempre più contribuire a modernizzare i processi organizzativi, sfruttando le opportunità offerte sia dalle nuove tecnologie (gestione delle bioimmagini tramite il PACS) sia dalla più recente normativa, aprendo la strada ad una "pubblica amministrazione digitale" (introduzione della firma digitale, delle tecnologie di archiviazione documentale, integrazione tra sistemi e cooperazione applicativa);

d) soluzioni informatiche che garantiscano sicurezza, alti livelli di servizio e semplicità di gestione: la gestione dei posti di lavoro, dell'infrastruttura informatica e la pianificazione del processo di rinnovo tecnologico deve essere orientata a criteri di efficienza e riduzione dei costi di gestione. Vanno ricercate opportune economie di scala che liberino il massimo di risorse di sistema per lo sviluppo. Essenziali a questo proposito saranno l'adozione di tecnologie innovative di desktop management e le strategie di ottimizzazione dell'utilizzo della risorse di rete.

Le soluzioni informatiche dovranno tenere conto dei progetti nazionali e di convergenza tra regioni che emergeranno dal lavoro del tavolo sulla "Sanità elettronica" coordinato

dal Ministero per l'Innovazione Tecnologica, degli sviluppi del nuovo sistema di pubblica connettività (SPC) nonché dei progetti che via via emergeranno nel dibattito e nel lavoro promosso dal Ministero della Salute (es. Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale, e progetto "Mattoni").

A fronte delle predette aree di sviluppo come sopra individuate, vengono di seguito elencate le principali linee d'azione previste per il triennio considerato:

1. Lo sviluppo del sistema informativo di ospedale (SIO) ed il sistema regionale di gestione delle bioimmagini (PACS);
2. la riconduzione dei sistemi informativi afferenti all'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) all'interno del Sistema Informativo Sanitario Regionale (SISR)
3. lo sviluppo di procedure innovative a supporto del "Disease Management" e delle azioni di governo clinico;
4. lo sviluppo del Sistema Informativo del Sociale e la sua integrazione con il Sistema Informativo Sanitario;
5. Realizzazione del Portale dei Servizi al cittadino;
6. l'avvio del Sistema Informativo della Prevenzione (SIP);
7. il potenziamento dei sistemi a supporto dell'attività amministrativa e la loro integrazione con l'attività sanitaria;
8. lo sviluppo dei sistemi di governo;
9. il potenziamento dei sistemi a supporto alla formazione (ECM e FAD).

Ancora, sul fronte dei progetti di innovazione tecnologica:

1. Lo sviluppo dei progetti di telemedicina;
2. il potenziamento dei sistemi di gestione documentale;
3. l'ottimizzazione e sviluppo dei sistemi di comunicazione elettronica in sanità.

La diffusione capillare della rete telematica e la disponibilità di connessioni in banda larga, le conoscenze acquisite nelle sperimentazioni tecnologiche realizzate nel sistema e la spinta organizzativa continua in ambito sanitario a migliorare ed espandere le soluzioni di comunicazione interne al sistema rende possibile immaginare nel prossimo triennio un'accelerazione dei processi di sviluppo della comunicazione elettronica orientata su tre fondamentali direttrici:

a) impiego sempre più marcato del trasporto su IP della fonia e riorganizzazione della infrastrutture di gestione del traffico telefonico su base regionale;
b) integrazione e convergenza degli attuali strumenti di comunicazione elettronica;
c) implementazione a diversi livelli delle soluzioni di video conferenza.

Per poter supportare tutti i progetti fin qui elencati, il SISSR dovrà evolvere secondo criteri che costituiranno una effettiva razionalizzazione dell'attuale architettura attraverso l'adozione di servizi in server-farm con il contestuale passaggio da logiche di gestione di singole tecnologie verso criteri di fruizione di un servizio.

In questo contesto si dovranno affrontare e risolvere alcuni aspetti quali:

- la revisione dell'attuale rete di server distribuiti sul territorio regionale,
- la riclassificazione degli elementi di costo ad essi correlata,
- la continuità d'erogazione del servizio per le applicazioni ad alta criticità clinica, quale elemento di garanzia massima della fruizione del servizio,
- la ridefinizione ed il monitoraggio degli SLA.

Le nuove tecnologie, dovranno quindi permettere di:

a) soddisfare i requisiti di autenticazione e autorizzazione, previsti obbligatoriamente quali misure minime del DLGS 196/03;
b) definire per ogni Azienda un contesto di sicurezza adeguato, che delimiti l'ambito di gestione ed amministrazione;
c) realizzare un'infrastruttura di rete controllata e distribuita che includa tutti gli "asset" delle Aziende e che permetta la fruizione dei servizi di base;
d) gestire ed amministrare gli "asset" centralmente e con procedure e modalità omogenee riducendo le risorse necessarie alla conduzione.

L'obiettivo che ci si prefigge di raggiungere nell'arco dei prossimi tre anni è di completare la distribuzione delle tecnologie per la realizzazione dell'infrastruttura, coprendo così ogni Azienda sanitaria regionale, concludere la distribuzione degli strumenti necessari alle attività di conduzione e definire modalità e procedure omogenee di gestione quale premessa per migliorare la qualità dei servizi distribuiti, di incrementare l'efficienza del sistema ed implementare i nuovi servizi riducendo i costi degli attuali.

Le progettualità

◇ Presa in carico integrata delle persone con malattia cronica e disabilità

AMBITO DI INTERVENTO

E' obiettivo della pianificazione regionale operare per realizzare la presa in carico integrata delle persone con malattie croniche e con disabilità, ricomprendendo in tali categorie di popolazione, al di là delle attuali distinzioni e pur sempre nel pieno rispetto e salvaguardia dell'unicità di ognuno, gli individui oggi definiti handicappati, disabili in età evolutiva, disabili in età adulta, invalidi civili e del lavoro, disabili fisici, psichici e sensoriali, disabili nella terza e quarta età, ciechi, sordi, disabili ai fini dell'inserimento lavorativo, persone con malattie croniche congenite e acquisite che necessitano di assistenza prolungata, persone non autosufficienti, persone nelle fasi terminali della vita.
L'intento è quello di rendere pieno il diritto alla salute, inteso nella sua accezione più ampia, così come definita dall'OMS, quale "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

La Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, ora legge dello Stato [1], i cui principi vengono ora integralmente ripresi nel Libro Bianco del Ministro Sacconi, chiude definitivamente con la logica che considera le persone con disabilità come categoria sociale, sancendo che "I loro diritti sono i diritti di tutte le persone". La visione secondo cui la disabilità è il risultato di una relazione tra salute e ambiente, e non più automatica conseguenza di una malattia, comporta dunque che entrambi i fattori, salute e ambiente, possano essere oggetto di miglioramento e di modifiche adattative. L'obiettivo da perseguire, quindi, è l'inclusione per tutti nella società attiva.

Il Piano sanitario e sociosanitario 2010-2012 si avvia pertanto lungo questa rinnovata linea ispiratrice, con la finalità principale di pervenire al superamento della settorializzazione e della parcellizzazione degli interventi sanitari e sociali finalmente a favore di interventi integrati, incrementando, anche per effetto dell'integrazione stessa, qualità e gamma degli interventi sanitari, domiciliari, residenziali, di integrazione scolastica e per l'inserimento lavorativo, e garantendone la sostenibilità dei costi nel tempo.
Occorre dunque:

- introdurre una dimensione unitaria delle modalità di valutazione e di intervento incentrato sulla persona
- assicurare livelli efficaci di governo e di coordinamento territoriale

---

[1] Legge 3 marzo 2009 n.18 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità" (Gazzetta Ufficiale n. 61, 14 marzo 2009)

- articolare le risposte sociosanitarie sulla base di un catalogo di offerta accreditata che definisca i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria in favore di tutta questa popolazione.

Quello che si aprirà sarà un cantiere che si confronterà con alcune azioni irrinunciabili:

1. garantire adeguata formazione agli operatori della sanità e del sociale per renderli capaci di fondare la valutazione della condizione di disabilità sulla base dell'analisi dell'interazione tra persona e ambiente, in conformità ai principi delineati dalla Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità;
2. costruire un'interfaccia unitaria del sistema, in una prima fase limitata ai servizi sanitari ed a quelli sociali, nei confronti delle persone con disabilità per garantire loro, per i livelli di assistenza sociosanitaria regionali qualificati come essenziali: accesso, valutazione, progetto personalizzato e rivalutazione;
3. raccordare i percorsi di valutazione e presa in carico delle persone con disabilità con i percorsi di accertamento delle condizioni di invalidità civile, sordità, cecità handicap e disabile ai fini dell'inserimento lavorativo;
4. ricomporre le risorse pubbliche regionali destinate a finanziamento, oggi frammentate per le molteplici vecchie categorie di disabilità, rendendole disponibili in modo unitario e coerente in un solo fondo regionale sociosanitario in favore delle persone con disabilità;
5. definire un catalogo di offerta sociosanitaria per le persone con disabilità, i suoi standard e i suoi costi, individuando i livelli essenziali che la Regione intende garantire;
6. superare, con la collaborazione degli Enti Locali e degli altri soggetti istituzionali interessati, la dicotomia tra Piano delle Attività territoriali (Pat) e Piano di zona (Pdz) per convergere sulla redazione di un unico Piano locale in favore delle persone con disabilità;
7. ridefinire il sistema informativo sociosanitario regionale in modo che sia di supporto alla valutazione e presa in carico integrata delle persone con disabilità riconducendo informazioni oggi frammentarie e non sistematiche in un unico punto di raccolta;
8. predisporre il fascicolo elettronico personale delle persone con disabilità.

Si tratta di un'impostazione non riservata a particolari fasce di età o tipologie di popolazione, ma intende rappresentare un primo passo deciso verso un approccio unitario e unificante delle politiche sanitarie e sociali destinato ad essere successivamente esteso a tutte le fasi del ciclo di vita, favorendo l'integrazione funzionale tra servizi che si occupano di persone con patologie limitrofe. Vale dunque anche nei confronti di persone della terza e quarta età in cui la presa in carico deve contrastare l' eccessiva medicalizzazione e ricorso all'istituzionalizzazione per puntare invece alla ricostruzione di un tessuto di relazioni e di reti di prossimità capaci di sostenere una vita dignitosa anche nelle fasi terminali.

La programmazione unitaria delle Aziende sanitarie e degli Enti Locali rispetto alla presa in carico delle persone con disabilità potrà così rappresentare un momento strategico per condividere, anche con gli altri attori locali e sociali, le scelte e le operatività conseguenti.

La realizzazione del fascicolo elettronico personale, inteso quale strumento rilevante per conseguire l'integrazione dei servizi, costituisce dunque obiettivo sostanziale da raggiungere nel corso del prossimo triennio anche attraverso eventuali percorsi sperimentali da avviarsi sin dal 2010.

STRATEGIA REGIONALE

La strategia principale nel più vasto ambito della questione socio-sanitaria in Regione è pertanto quella di costruire l'impianto di riferimento del percorso di accesso e presa in carico delle persone con disabilità. Esso si sostanzia in un diverso rapporto tra cittadino e sistema di welfare che trova precisa forma operativa nella definizione della "presa in carico integrata" intesa come l'insieme degli interventi (sanitari e sociali in primis, ma anche educativi, di politiche attive del lavoro, del sistema dell'istruzione) e delle condizioni - organizzative e giuridiche - che, per l'intero arco della vita della persona con malattia cronica e con disabilità:

- garantisca la costante e globale valutazione del suo stato (inteso come risultato dell'interazione tra persona e ambiente)
- predisponga le azioni atte a garantirne la massima partecipazione alla vita sociale, economica e culturale
- preveda le risorse adeguate e le organizzi in forma di progetti personalizzati.

Questi ultimi, costruiti in accordo con i titolari, diventano lo strumento per mantenere un buon funzionamento nel tempo e per garantire inclusione sociale.

In questa ottica la valutazione della disabilità e il progetto personalizzato diventano gli strumenti di un modo più moderno di operare in cooperazione tra sistema pubblico e cittadini, che insieme concorrono nel cambiamento migliorativo di una determinata situazione di vita.

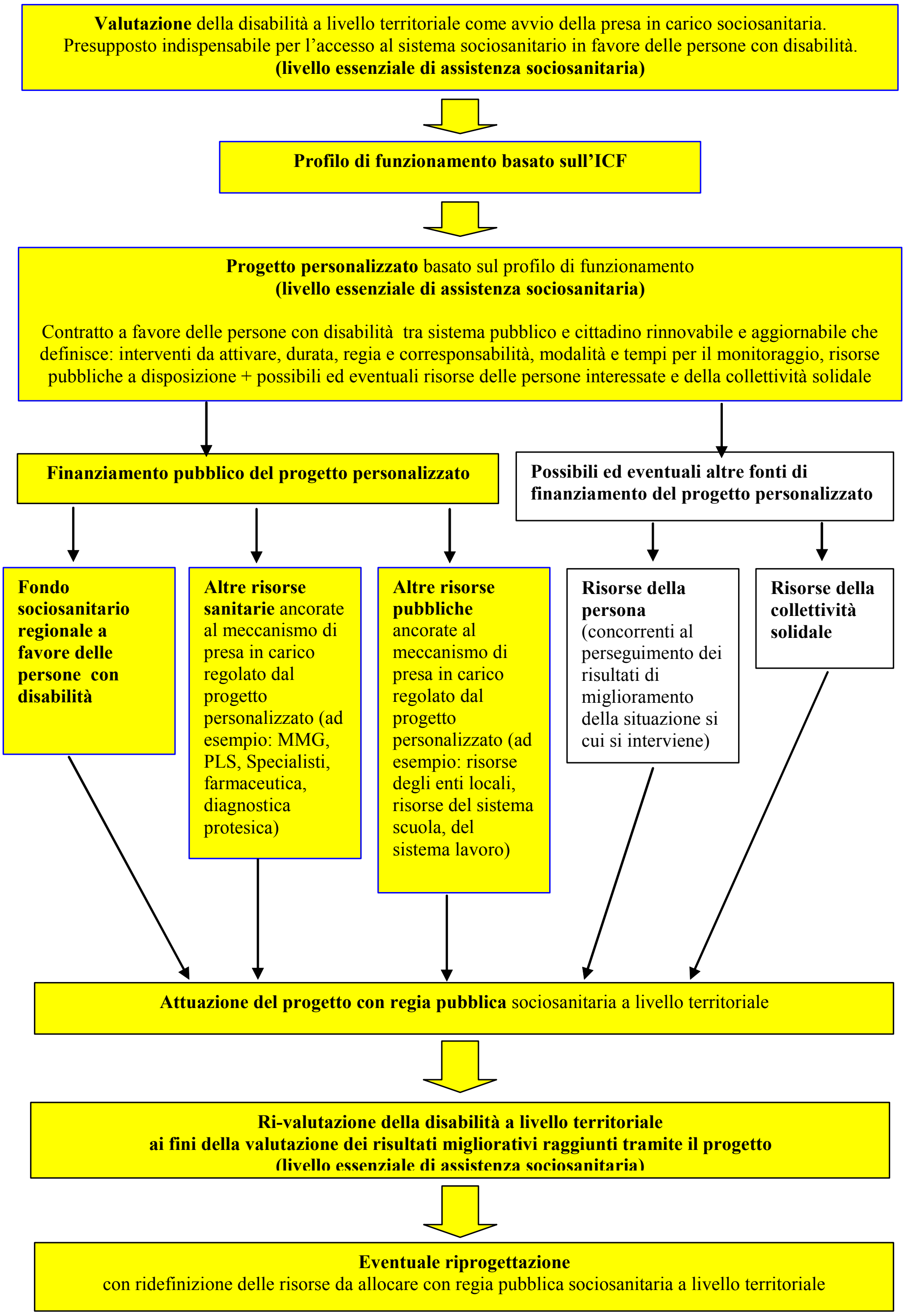
La valutazione della disabilità sarà effettuata a livello territoriale e sarà presupposto indispensabile per l'accesso al sistema in favore delle persone con disabilità. Verrà realizzata attraverso protocolli definiti ad hoc basati sul linguaggio della Classificazione Internazionale del Funzionamento, disabilità e salute (ICF) che permetteranno di descrivere profili di funzionamento rispetto ai quali avverrà l'allocazione degli interventi pubblici necessari, con la predisposizione di progetti personalizzati. Tale nuova procedura andrà messa in relazione ai processi certificativi oggi vigenti e richiederà di analizzare le possibili revisioni delle modalità organizzative attualmente adottate sia ai fini degli accertamenti legali sia da parte di diversi gruppi multiprofessionali su cui sono incardinati momenti valutativi strutturati (ad esempio le Unità di Valutazione Distrettuale e le Equipes multiprofessionali per l'handicap), che, nel corso degli anni, si sono andate aggiornando anche modificando composizione e compiti.

Al progetto personalizzato saranno ancorate risorse del fondo sociosanitario in favore delle persone con disabilità, risorse sanitarie specifiche e altre risorse pubbliche pertinenti con il miglioramento della situazione in esame che saranno fatte convergere sulla stessa strategia di intervento grazie ad un'attività di raccordo e di condivisione con chi le dispone a cura degli estensori del progetto personalizzato. Le risorse del cittadino e quelle della comunità potranno essere rese disponibili tramite accordo con l'assistito e i suoi *caregiver*.

La valutazione del progetto verrà effettuata rispetto ai cambiamenti positivi che produrrà, e non sarà intesa solo come resoconto amministrativo ex post di risorse allocate e di prestazioni erogate, sebbene l'impegno di risorse pubbliche, la loro gamma, la loro durata e la loro entità saranno oggetto di monitoraggio, visto il carattere di novità della nuova procedura. Le stesse modalità usate per valutare le condizioni di disabilità prima di intervenire tramite il progetto personalizzato saranno usate anche per valutare i miglioramenti auspicati della situazione di vita della persona, fermo restando che si dovrà intervenire su entrambi i poli che configurano la condizione di disabilità: la salute e l'ambiente.

Lo schema di riferimento è illustrato nella figura 1.

Fig. 1 Schema dell'impianto del percorso di accesso e presa in carico delle persone con disabilità



MODALITA' ATTUATIVE

La realizzazione concreta di questo disegno di riforma del welfare sociosanitario regionale richiede un impegno organico e coerente con modifiche sul piano normativo, organizzativo e gestionale.
La Giunta, nell'arco di validità del PSSR 2010–2012, avvierà un quadro articolato di azioni innovative che possono essere distinte in quattro grandi categorie:

a) studi di fattibilità e messa a punto dei nuovi strumenti di governo del sistema sociosanitario regionale in favore delle persone con disabilità;
b) azioni pilota orientate a verificare in concreto le modalità, organizzative e gestionali unitarie a supporto del processo di riforma;
c) azioni di riordino organizzativo e di sviluppo tecnico sul piano dei sistemi informativi e informatici;
d) proposte di modifica normativa che consentano di disegnare in modo certo e organico il nuovo scenario e le nuove regole di funzionamento del sistema.

Le azioni descritte saranno realizzate attraverso la partecipazione delle varie componenti istituzionali e organizzative centrali e locali del sistema sanitario e sociale regionale, e troveranno progressiva specificazione nel Piano regionale del Sistema integrato di interventi e servizi sociali, che sarà predisposto nel corso del 2010, nei documenti di programmazione attuativa del Sistema Sanitario Regionale (Linee annuali per la gestione), nelle nuove indicazioni per la redazione del Pat e del Pdz, e attraverso gli strumenti di riparto dei fondi regionali destinati agli interventi sociali.

In termini di maggior dettaglio si distinguono le seguenti aree di intervento:

a) Studi di fattibilità e messa a punto dei nuovi strumenti di governo del sistema sociosanitario regionale in favore delle persone con disabilità

a 1) Predisposizione di un fondo sociosanitario regionale in favore delle persone con disabilità
Si tratta di individuare la quota di risorse del fondo sanitario e delle risorse destinate agli interventi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali e socioeducativi che costituiranno il nucleo fondante del nuovo fondo sociosanitario da destinarsi a favore delle persone con disabilità. Il fondo finanzierà i servizi e gli interventi che verranno individuati come livelli essenziali di assistenza sociosanitaria attraverso specifiche linee di intervento.

a 2) Predisposizione di indicazioni sulle modalità integrative di un fondo sociosanitario regionale
Nella logica di ampliare e rendere sempre più articolati i livelli di assistenza sociosanitaria saranno individuate modalità di estensione delle risorse disponibili anche attraverso forme di contribuzione integrativa.

a 3) Predisposizione del catalogo dei servizi sociosanitari, dei loro standard e dei loro costi
Si tratta di rendere esplicita la gamma di servizi e di prestazioni che sostanziano la natura e la qualità dell'intervento del sistema sociosanitario in favore delle persone

con disabilità indipendentemente dalla natura pubblica o privata del soggetto erogatore. Il catalogo andrà corredato da un sistema tariffario che faciliti l'incrocio con il sistema di finanziamento e al tempo stesso renda trasparente ed effettivamente possibile introdurre logiche di maggior libertà da parte dei cittadini nella scelta del mix di servizi e interventi ritenuti più opportuni per rispondere alle proprie specifiche condizioni di salute.

a 4) Predisposizione dei nuovi meccanismi di accreditamento

I servizi che sostanziano il catalogo sociosanitario saranno oggetto di un processo di accreditamento come garanzia per il cittadino di qualità dei servizi offerti.

b) *Azioni pilota orientate a verificare in concreto le modalità organizzative e gestionali unitarie a supporto del processo di riforma*

b 1) Sviluppo di forme di gestione unitaria del sistema integrato dei servizi sociosanitari in favore delle persone con disabilità che superino le distinzioni e le separatezze istituzionali attuali.

La Regione si impegna, in particolare, a valutare le opportunità innovative offerte dalla "fondazione di partecipazione".

b 2) Analisi ed accompagnamento delle modalità di finanziamento dei progetti personalizzati attraverso risorse pubbliche e delle possibilità di aggiungervi risorse dei cittadini e della collettività, al fine del miglior monitoraggio degli investimenti pubblici e di quelli privati.

c) Azioni di riordino organizzativo e di sviluppo tecnico sul piano dei sistemi informativi e informatici

c 1) Revisione del sistema informativo sociosanitario regionale

Il sistema informativo sociosanitario regionale dovrà supportare la presa in carico integrata delle persone con disabilità. A tal fine andranno effettuati sviluppi coerenti con l'obiettivo da perseguire.

c 2) Realizzazione del fascicolo elettronico personale delle persone con disabilità

In coerenza con quanto indicato nel Libro Bianco del Ministro Sacconi, uno degli strumenti essenziali per la presa in carico è il fascicolo personale elettronico, destinato a raccogliere le informazioni inerenti le varie fasi della vita nonché gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi e più in generale tutte le informazioni utili anche ai fini dell'integrazione scolastica e per la partecipazione attiva al mercato del lavoro. La costruzione del fascicolo, la sua implementazione nel tempo, l'utilizzo delle informazioni e la loro tracciabilità pongono una grande sfida di innovazione tecnologica e di cambiamento culturale del cittadino verso la propria salute e degli operatori sanitari e sociali nei processi decisionali, terapeutici e assistenziali.

c 3) Introduzione di modalità unitarie di valutazione della disabilità basate sulla Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF)

Nel nuovo processo di valutazione della disabilita verrà adottata una revisione del protocollo di valutazione già sperimentato in Regione Friuli Venezia Giulia su un numero limitato di persone da operatori appositamente formati, provvedendo alla sua adozione su più larga scala a livello territoriale. Verranno date indicazioni operative utili per l'applicazione del protocollo valutativo e verranno predisposte azioni formative mirate. Il protocollo verrà utilizzato anche ai fini della redazione della diagnosi funzionale per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità.

c 4) Completamento dell'iter di riclassificazione delle strutture residenziali per anziani anche ai fini della definizione di un catalogo di offerta sociosanitaria regionale

c 5) Valutazione di tipologia, efficacia, costi e modalità di finanziamento dell'offerta residenziale e semiresidenziale per persone con malattie croniche e disabilità allo scopo di riprogettarla e di inserirla nel catalogo di offerta sociosanitaria regionale

c 6) Riformulazione degli strumenti propedeutici all'inserimento lavorativo delle persone disabili e svantaggiate anche ai fini della definizione di un catalogo di offerta sociosanitaria regionale

c 7) Predisposizione di indicazioni per la riorganizzazione della rete di servizi per la cura e la tutela delle persone con malattie con malattie dementigene, neurodegenerative e dello sviluppo anche ai fini della definizione di un catalogo di offerta sociosanitaria regionale

c 8) Valutazione degli strumenti di sostegno della domiciliarietà al fine di un generale riequilibrio degli interventi complessivi a favore delle popolazioni con disabilità anche ai fini della definizione di un catalogo di offerta sociosanitaria regionale

c 9) Completamento della definizione dell'atto di indirizzo per l'affidamento di servizi del sistema sociosanitari a soggetti terzi

c 10) Predisposizione dei Pat e dei Pdz secondo le indicazioni che verranno predisposte in concomitanza delle linee per la gestione del sistema sanitario regionale per ciascuno dei tre anni di vigenza del PSSSR e predisposizione dei Piani locali a favore delle persone con disabilità

d) *Proposte di modifica normativa che consentano di disegnare in modo certo e organico il nuovo scenario e le nuove regole di funzionamento del sistema.*

Saranno introdotte modifiche della normativa regionale vigente in materia per:

1. la costituzione del fondo sociosanitario regionale in favore delle persone con disabilità, l'introduzione dei livelli di assistenza sociosanitari, l'istituzione di un catalogo regionale dei servizi e delle prestazioni sociosanitarie aggiornabile nel tempo;

2. il riordino delle procedure di valutazione della condizione di disabilità, di accesso al sistema sociosanitario, di progettazione personalizzata e rivalutazione, con la specificazione delle responsabilità istituzionali ed organizzative che ne sostanziano la realizzazione;

3. la razionalizzazione delle modalità di accertamento dell'invalidità civile e della situazione di handicap.

◊ La rete ospedaliera

AMBITO DI INTERVENTO

Rapporto con i livelli essenziali di assistenza

In base a quanto stabilito dal DPCM 29-11-2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", il livello essenziale di assistenza (LEA) Assistenza ospedaliera interessa le seguenti tipologie di attività:

A. Pronto soccorso
B. Degenza ordinaria
C. Day hospital
D. Day surgery
E. Interventi ospedalieri a domicilio (modelli organizzativi non fissati dalla Regione)
F. Riabilitazione
G. Lungodegenza
H. Raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali
I. Attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti; attività di trapianto di organi e tessuti

La tipologia di attività "Assistenza specialistica ambulatoriale" che riguarda l'erogazione di prestazioni terapeutiche e riabilitative e di diagnostica strumentale e di laboratorio, appartiene al livello assistenza distrettuale, ma dal punto di vista operativo è erogata anche all'interno delle strutture ospedaliere.

In attesa della revisione sistematica degli atti di pianificazione sanitaria e sociosanitaria regionale vigenti, si fa rinvio:
- per riabilitazione e lungodegenza al Piano per la riabilitazione
- per il pronto soccorso al capitolo sulla rete dell'emergenza
- per gli emocomponenti ed i servizi trasfusionali al Piano sangue
- per il trapianti alle norme sulla rete regionale trapianti

che s'intendono confermati.

La presente progettualità s'interessa quindi dell'attività di degenza (ordinaria, Day surgery e day hospital) e dell'attività specialistica rivolta sia ai degenti (consulenze, prestazioni per interni) che all'utenza ambulatoriale.

STRATEGIA REGIONALE

La domanda di ricovero

Negli ultimi anni l'ospedalizzazione regionale ha raggiunto valori ottimali in relazione agli standard previsti dalla pianificazione nazionale e regionale: 160 ricoveri ogni 1000 abitanti. Pur a fronte di un previsto sostanziale mantenimento dei livelli di ospedalizzazione attualmente raggiunti, il triennio 2010-2012 è tuttavia destinato a registrare alcuni cambiamenti nella struttura della domanda quale conseguenza di macro tendenze epidemiologiche che riguardano prevalentemente l'area medica, l'oncologia, la cardiologia e le patologie croniche.

Le azioni del Piano, ferma restando la continua attenzione al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate per garantire adeguati standard qualitativi, sono quindi rivolte a migliorare l'appropriatezza delle modalità erogative delle prestazioni ospedaliere attraverso:
- l'aumento della risposta a domanda attualmente affrontata con ricovero ordinario attraverso i ricoveri in regime diurno (day hospital – day surgery) o con modalità quali il week hospital;
- l'aumento della risposta ambulatoriale per alcune prestazioni attualmente risolte in day hospital, utilizzando modalità innovative quali il day service;

nonché l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse attraverso interventi sugli aspetti organizzativi dell'offerta ospedaliera.

Ospedali ex art. 21 L.R. 27.2.1995, n. 13

Si prevede continuità rispetto al ruolo assegnato agli ospedali ex art. 21 L.R. 27.2.1995, n. 13, Cividale, Gemona, Maniago e Sacile, nella prosecuzione di un riorientamento dell'offerta, realizzabile mediante sviluppo e potenziamento delle attività di day hospital, day surgery, day service, ambulatoriali, di dialisi e di quelle residenziali orientate a fornire prevalentemente risposta alla post-acuzie ed alla lungodegenza, quali RSA ed hospice, ricercando massima integrazione con le funzioni distrettuali già inserite nelle strutture.

Le attività di pronto soccorso e di area d' emergenza erogate dagli ospedali in esame vengono ricomprese nel più vasto progetto di riordino della rete regionale dell'emergenza, che rappresenta una delle 4 linee prioritarie d'intervento previste nel triennio di competenza del PSSR.

Per quanto riguarda il presidio di Gemona va perseguita la continuità dell'integrazione dell'offerta sanitaria anche per pazienti acuti come polo unico con l'ospedale di Tolmezzo.

Revisione della rete di offerta ospedaliera

Il PSSR indica per ciascuna Azienda:
1. le sedi ospedaliere pubbliche obbligatorie;
2. le funzioni che debbono essere obbligatoriamente garantite.

Tutte le funzioni attivate devono conseguire e mantenere nel tempo i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti per l'accreditamento istituzionale e prevedere volumi di attività idonei a rientrare nei requisiti di sicurezza (casistica di entità adeguata a mantenere le competenze professionali).

Il mantenimento di ulteriori funzioni e strutture, attualmente attive e non indicate dal PSSR, è vincolato al preliminare soddisfacimento delle seguenti condizioni:
- rispetto del pareggio di bilancio aziendale
- rispetto di tutti gli obblighi di attività e prestazione previsti dalla pianificazione vigente quali ad esempio: tempi di attesa, assistenza domiciliare, RSA, Hospice, CSM sulle 24 ore, ecc.
- presenza di effettiva domanda collegata ad un definito bacino di utenza
- garanzia di offrire e mantenere adeguati standard qualitativi ed i criteri di accreditamento.

Modalità organizzative orientate a promuovere l'integrazione

Rispetto al più flessibile modello "a rete", che si concretizza nella messa in comune di risorse, spazi, tecnologie e personale nonché nell'adozione di protocolli e percorsi diagnostici comuni, il modello dipartimentale assume una connotazione più strutturata e nelle sue diverse formulazioni (verticale, orizzontale, ospedale-territorio, interaziendale), privilegia modalità operative interdisciplinari ed interprofessionali, tali da favorire approcci diversificati per livelli di intensità assistenziali. Può permettere, inoltre, alle funzioni che la presente pianificazione definisce "funzioni senza degenza" e che siano organizzate in struttura organizzativa autonoma (SOC/SOS dipartimentale), la possibilità di svolgere attività di ricovero in aree degenziali dipartimentali

Il modello dipartimentale è altresì funzionale allo sviluppo dei PDTA (percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali) del paziente, che dovranno rappresentare la modalità per adeguare l'organizzazione ai bisogni sanitari in coerenza con le evidenze scientifiche e l'appropriatezza nell'impiego delle risorse. Nel corso del triennio di vigenza del presente PSSR le Aziende ospedaliere, le Aziende sanitarie e gli Istituti scientifici della Regione dovranno aver riprogettato e resi attivi i PDTA per le patologie indicate dalla Direzione centrale con proprio provvedimento..

Entrambe le modalità, dipartimentale o "a rete", pur applicabili in situazioni e contesti diversi , sono orientate a promuovere l'integrazione e ad assicurare efficaci risposte sul

versante dell'efficienza, dell'efficacia, dell'integrazione e della valorizzazione delle professionalità coinvolte. In quanto tali rappresentano entrambi modelli che il presente documento di Piano individua come modalità organizzative da privilegiare.

1- Le sedi ospedaliere

La rete ospedaliera regionale è costituita dalle seguenti sedi obbligatorie pubbliche:

- gli "Ospedali riuniti di Trieste" che comprendono le funzioni universitarie della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Trieste,
- l'ospedale "Santa Maria della Misericordia" di Udine che comprende le funzioni universitarie della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Udine,
- l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste,
- l'IRCCS Centro di riferimento oncologico – CRO di Aviano,
- l'ospedale "Santa Maria degli Angeli di Pordenone",
- l'ospedale di Gorizia,
- l'ospedale di Monfalcone,
- l'ospedale di Tolmezzo,
- l'ospedale di San Daniele del Friuli,
- l'ospedale di Palmanova,
- l'ospedale di Latisana,
- l'ospedale di San Vito al Tagliamento,
- l'ospedale di Spilimbergo,
- l'Istituto di medicina fisica e riabilitazione – Gervasutta di Udine,

e dalle strutture della spedalità privata, costituita da:

Irccs E.Medea - La Nostra Famiglia
Casa di Cura - Pineta del Carso
Casa di Cura - Salus
Casa di Cura - Sanatorio Triestino
Casa di Cura - Città di Udine
Casa di Cura - S. Giorgio

In merito alla spedalità privata, ferma restando la tipologia delle funzioni allo stato provvisoriamente accreditate, annualmente, con le Linee per la gestione la Regione definirà l'apporto massimo di prestazioni richieste. Le Aziende Sanitarie, in base a valutazioni del fabbisogno e dell'economicità, possono stipulare specifici accordi con l'erogatore privato accreditato.

Gli Ospedali riuniti di Trieste, l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine e l'Ospedale S. Maria degli Angeli di Pordenone svolgono sia le funzioni e le attività

proprie degli ospedali di rete, che le funzioni specialistiche e di alta specializzazione che possono costituire riferimento anche per l'Area vasta e/o per la Regione.

Le funzioni di alta specializzazione, per quanto di competenza, vengono svolte dalle seguenti strutture della rete pubblica: Ospedali riuniti di Trieste, Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine, Ospedale S. Maria degli Angeli di Pordenone, IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, IRCCS Centro di riferimento oncologico – CRO di Aviano , Istituto di medicina fisica e riabilitazione – Gervasutta di Udine.

L' Irccs E.Medea - La Nostra Famiglia, così come previsto dai piani regionali della riabilitazione e materno-infantile , è riferimento regionale per la funzione di unità per le gravi disabilità in età evolutiva (UDGE).

2- Le funzioni degli ospedali pubblici

Nell'assegnazione delle funzioni alle sedi ospedaliere pubbliche occorre distinguere tra l'esigenza di garantire le funzioni ospedaliere (erogazione della funzione) e la definizione della loro formula organizzativa.

La presenza di una funzione in una sede ospedaliera non necessariamente presuppone l'esistenza dell'unità operativa specifica (con assegnazione di tutti i fattori produttivi che usualmente si associano a questa configurazione organizzativa).

Il modello organizzativo flessibile integrato a " rete", consente la messa in comune di risorse, spazi, tecnologie e personale nonché l'adozione di protocolli e percorsi diagnostici. In quanto orientato a valorizzare e promuovere l'integrazione, come già sopra meglio evidenziato, è individuato dalla presente pianificazione fra le modalità organizzative da privilegiare

Il PSSR individua, per ciascuna Azienda, le funzioni obbligatorie da erogare, indicandole nella relativa scheda. Tipologie e numeri di strutture sono definiti dagli atti aziendali in esecuzione di disposizioni regionali da emanarsi a modifica degli attuali criteri, dai piani di settore, dagli accordi definiti fra le Aziende.

Le Aziende, singolarmente o d'intesa con altre Aziende, nel rispetto delle predette indicazioni, completano la definizione del proprio assetto erogativo ed organizzativo.

Le funzioni ospedaliere, ai fini dell'attuazione del presente PSSR, sono distinte in:

<u>A) per le Aziende Sanitarie territoriali con ospedale/i:</u>

- **Funzioni vincolate di Ospedale di Azienda sanitaria territoriale**
- **Funzioni vincolate di Azienda sanitaria territoriale**
- **Funzioni coordinate**

Le **Funzioni vincolate di ospedale di Azienda sanitaria territoriale,** devono presentare autonomia organizzativa nell'ambito di ciascuna sede e sono:

Medicina generale
Riabilitazione e rieducazione funzionale
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza, Anestesia e rianimazione, Terapie intensive e semintensive, Terapia del dolore

Chirurgia generale
Ortopedia e traumatologia
Radiodiagnostica
Area materno-infantile

Le **Funzioni vincolate di Azienda sanitaria territoriale,** sono individuate in:

Ostetricia-ginecologia (Punto nascita)
Pediatria
Cardiologia (esclusa UCIC e Cardiologia interventistica)
Oncologia
Direzione sanitaria

presentano autonomia organizzativa nell'ambito dell'Azienda e sono presenti in ogni sede con modalità erogative da definirsi dall'Azienda tenuto conto di eventuali vincoli indicati nelle apposite schede.

Per le Aziende con una sola sede le funzioni vincolate di Azienda sono equiparate a quelle vincolate di Ospedale

Le **Funzioni coordinate** sono suscettibili di raccordo, sotto il profilo organizzativo e funzionale, nell'ambito di una regia unitaria ma concertata, ai fini di un recupero di collaborazioni e sinergie. Sono funzionalmente obbligatorie per l'Azienda cui sono assegnate, ma la scelta della loro modalità organizzativa ed erogativa deve essere definita obbligatoriamente d'intesa con le altre Aziende di Area vasta ed i soggetti privati accreditati e con il coordinamento della Direzione centrale. L'accordo dovrà essere raggiunto sulla base di valutazioni di natura epidemiologica, di accertamento e verifica dei livelli organizzativi e gestionali e degli investimenti necessari in termini di logistica e tecnologici. Dovrà altresì individuare modalità atte a favorire l'arricchimento

professionale degli operatori attraverso la circolazione in rete dei professionisti ed il reciproco scambio di competenze e conoscenze.

In mancanza di accordo la scelta finale competerà alla Direzione centrale, sentite le Aziende interessate.

Sono funzioni coordinate:

Farmacia
Emodialisi
Laboratorio analisi
Servizio di Medicina Trasfusionale
Anatomia patologica,

ed inoltre

Oculistica
Otorinolaringoiatria
Urologia
Dermatologia
Diabetologia
Gastroenterologia-endoscopia
Nefrologia
Neurologia
Pneumologia-Fisiolog.respiratoria
Psichiatria

L'Ortopedia, pur confermandosi tra le funzioni vincolate di ospedale di Azienda sanitaria territoriale, è da intendersi coordinata per le funzioni di traumatologia, intese in senso ampio.

B) per le A.O.U. di Trieste e Udine e per l'A.O. di Pordenone:

- **Funzioni di rete**
- **Funzioni coordinate**
- **Funzioni hub and spoke**

Le **Funzioni di rete** sono quelle dedicate alla popolazione del bacino di utenza immediatamente contiguo alla sede ospedaliera. Le relative modalità operative vengono concordate dall' AOU di Udine con l'ASS n. 4, l'AOU di Trieste con l'ASS n. 1, l'A.O. di Pordenone con l'ASS n. 6.

Le **Funzioni coordinate** sono obbligatorie per l'Azienda. La scelta della loro modalità erogativa nell'Area di appartenenza (corrispondente alle rispettive province di Udine, Trieste e Pordenone) deve privilegiare l'opzione migliore sotto il profilo dell'efficienza e dell'efficacia, e deve essere definita obbligatoriamente d'intesa con le altre Aziende dell' Area e soggetti privati accreditati e con il coordinamento della Direzione Centrale.
In mancanza di accordo la scelta finale competerà alla Direzione centrale, sentite le Aziende interessate.

Le **Funzioni "hub"** sono funzioni di alta specialità presenti nelle Aziende ospedaliere ma che registrano casi trattati anche negli ospedali di rete. Più precisamente, **il modello "hub and spoke"** prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità nei "centri di eccellenza" (hub, mozzo) ai quali i centri periferici (spoke, raggio) inviano gli utenti che necessitano di interventi che superano la soglia di complessità che essi sono in grado di garantire., in tal modo garantendo a tutti i cittadini l'assistenza necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza. I centri principali garantiscono la messa in comune delle opportunità offerte da dotazioni tecnologiche e da livelli di specializzazione più avanzati. Il modello è finalizzato altresì a garantire l'arricchimento professionale di tutti gli operatori del sistema attraverso la circolazione in rete dei professionisti ed il reciproco scambio di competenze e conoscenze.

Le funzioni per le quali deve applicarsi il meccanismo **hub and spoke** sono le seguenti:

Funzioni

Cardiochirurgia
Cardiologia interventistica
Cardiologia (degenze ed UCIC) *
Neuroscienze * (Neurochirurgia, unità spinale, neuroradiologia)
Trapianti
Riabilitazione di terzo livello
Genetica
Malattie rare
Grandi traumi *
Chirurgia maxillo facciale - Odontostomatologia
Chirurgia plastica
Chirurgia polmonare - toracica
Chirurgia vascolare
Chirurgia della mano *
Terapia intensiva *
Medicina d'urgenza *
Chirurgia pediatrica
Neuropsichiatria infantile
Patologia neonatale
Emato-oncologia pediatrica
Ematologia
Endocrinologia

Farmacologia clinica-tossicologia
Geriatria
Malattie infettive
Medicina del lavoro
Radioterapia
Reumatologia
Medicina nucleare
Microbiologia - Virologia
Laboratori ad alta complessità: Biologia Molecolare, Immunologia - allergologia ecc
Radiologia interventistica e con alte tecnologie
Bioingegneria
Fisica sanitaria
Medicina legale

Le funzioni indicate con (*) sono interessate al sistema di emergenza/urgenza per cui si fa rinvio al piano di settore dell'emergenza.

La Regione, per ciascuna funzione o gruppo omogeneo di funzioni, individua e conferma annualmente, alla luce dei risultati quali-quantitativi conseguiti, con appositi atti:

- i singoli centri di riferimento (hub), la loro ubicazione e le loro caratteristiche funzionali, strutturali ed organizzative,
- i bacini di popolazione di riferimento,
- i nodi della rete (spoke),
- i criteri e le tempistiche con cui verrà valutata l'attività al fine del mantenimento della condizione di centro di eccellenza.

I processi e percorsi assistenziali ed i criteri soglia di invio e rinvio al e dal centro di riferimento sono stabiliti dai protocolli concordati dai centri "hub" e "spoke".

Tutte le funzioni attivate devono conseguire e mantenere nel tempo i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti per l'accreditamento istituzionale e prevedere volumi di attività idonei a rientrare nei requisiti di sicurezza (casistica di entità adeguata a mantenere le competenze professionali).

Nell'ambito delle A.O.U. altre funzioni con finalità di didattica possono essere attivate in accordo e su richiesta delle Università, ma devono trovare specifiche forme di finanziamento diverse dal FSR.

C) per gli IRCSS

- **Funzioni assegnate**
- **Funzioni coordinate**

- **Funzioni hub and spoke**

Le funzioni assegnate sono obbligatorie per l'IRCCS e organizzate in maniera autonoma all'interno dell'Istituto (SOC o SOS in base alle valutazioni aziendali)

Le funzioni coordinate sono obbligatorie per l'IRCCS anche ai fini del mantenimento del riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto. La scelta della loro modalità organizzativa ed erogativa deve essere definita obbligatoriamente d'intesa con le altre Aziende dell' Area di appartenenza di Area vasta ed i soggetti privati accreditati con il coordinamento della Direzione centrale e deve altresì privilegiare la migliore scelta sotto il profilo dell'efficienza e dell'efficacia.

Le **Funzioni "hub"** sono funzioni di alta specialità presenti negli Istituti scientifici ma che registrano casi trattati anche negli ospedali di rete. Più precisamente, **il modello "hub and spoke"** prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità nei "centri di eccellenza" (hub, mozzo) ai quali i centri periferici (spoke, raggio) inviano gli utenti che necessitano di interventi che superano la soglia di complessità che essi sono in grado di garantire., in tal modo garantendo a tutti i cittadini l'assistenza necessaria, indipendentemente dalla zona di residenza. I centri principali garantiscono la messa in comune delle opportunità offerte da dotazioni tecnologiche e da livelli di specializzazione più avanzati. Il modello è finalizzato altresì a garantire l'arricchimento professionale di tutti gli operatori del sistema attraverso la circolazione in rete dei professionisti ed il reciproco scambio di competenze e conoscenze.

INDICAZIONI ORGANIZZATIVE PARTICOLARI

Diagnostica di Laboratorio

Sono da implementare le progettualità già in corso rispetto alla gestione della diagnostica di laboratorio finalizzate a garantire il prelievo e la consegna del risultato nella forma più periferica possibile e l'esecuzione dell'esame nelle forme che garantiscano la massima qualità e la massima economicità.
Entro il periodo di vigenza del PSSR, dovranno diminuire le sedi in cui vengono effettuati materialmente gli esami.

Uso delle terapie e delle tecnologie ad alto costo

La richiesta di acquisizione di nuove tecnologie e l'utilizzo di terapie ad alto costo deve essere preceduta da uno studio redatto con i criteri del HTA. (Health Technology Assessment).

Rete oncologica

Al fine di garantire un equo e sostenibile trattamento delle patologie oncologiche è istituita una Rete Oncologica Regionale; essa è costituita dai dipartimenti di Oncologia Interaziendali identificati dal Piano Oncologico Regionale ed è coordinata dal Dipartimento Oncologico Regionale.
Saranno definite le linee guida regionali per il trattamento delle patologie comprese quelle rare e verranno individuati i percorsi di cura omogenei per tutti i cittadini all'interno delle strutture che costituiscono la rete dell'offerta regionale garantendo altresì la continuità delle cure.

MODALITÀ ATTUATIVE

Per ciascuna Azienda sono indicate, nella scheda allegata, le funzioni che debbono essere obbligatoriamente erogate, in conformità alle indicazioni sin qui esposte.

Le Aziende, nell'ambito della definizione della programmazione attuativa 2010, propongono e negoziano con la Regione un Piano ospedaliero aziendale, valido per il triennio 2010-2012, in attuazione di quanto contenuto nel presente PSSR.

Il Piano ospedaliero aziendale va redatto nel rispetto dell'art. 3, comma 1 lettere b) e c), commi 2 e 3; art. 4, art. 7, comma 3 della L.R. 13/1995, nonché dei seguenti criteri:

- è prioritaria l'erogazione delle funzioni essenziali minime assegnate dal mandato aziendale, a partire, per le Aziende per i servizi sanitari, dalle funzioni territoriali;

- l'offerta deve essere rispondente ai bisogni rilevati dall'analisi epidemiologica; il che significa verificare l'esistenza di bacini d'utenza con volumi di attività adeguati a garantire l'efficienza produttiva nel pieno utilizzo delle risorse umane e tecnologiche;

- l'impiego dei fattori produttivi per le attività aggiuntive deve essere compatibile con l'equilibrio di bilancio aziendale e deve avvenire nel rispetto delle risorse disponibili valutate nel periodo breve e medio-lungo ;

- le funzioni individuate come dotazione di ospedale devono conseguire e mantenere nel tempo i requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici previsti per l'accreditamento strutturale e prevedere volumi di attività idonei a rientrare nei requisiti di sicurezza per l'accreditamento funzionale (casistica di entità adeguata a mantenere le competenze professionali);

- l'aggiornamento e l'acquisizione delle dotazioni tecnologiche necessarie a garantire la qualità delle prestazioni dovranno essere oggetto di una valutazione dei costi in rapporto all'attività prevista, valutata con rigorosi termini di appropriatezza, e quindi al loro utilizzo ottimale;

- vengono fatte salve iniziative di coordinamento già intraprese relativamente a funzioni di rete per le quali il presente Piano non prevede coordinamento.

Il Piano ospedaliero aziendale, nel rispetto dei vincoli posti dal presente PSSR, dai criteri fissati dalla Regione per la redazione degli atti aziendali, dai piani di settore, dagli accordi definiti fra le Aziende per le funzioni coordinate, sarà costituito da:

- una scheda che evidenzia per ogni sede ospedaliera le funzioni prestate e la loro modalità erogative (ad uso dei cittadini – carta dei servizi);

- una scheda (ad uso interno al SSR) che illustra le modalità organizzative adottate e mette in evidenza la quantificazione della risorse impegnate, in particolare di personale.

In particolare, nel corso della Fase 2) del processo di programmazione del SSR delineato dalle Linee per la gestione 2010 approvate con deliberazione della G.R. n. 2643 dd. 26.11.2009, le Aziende, previo studio di fattibilità, individueranno, articolandole nell'arco del triennio, le azioni di riordino per le Aree materno-infantili e gli ospedali ex art. 21 L.R. 27.2.1995, n. 13 , indicando:

- i benefici attesi in termini di qualità ed accreditamento dei servizi resi
- i tempi e le modalità previste per la loro attuazione
- i recuperi economici che si prevede di ottenere e le relative aree in cui si intende reinvestire tali risorse.

Fino al consolidamento dei Piani aziendali da parte della Giunta regionale, le assunzioni di specifiche professionalità per le funzioni oggetto di revisione, potranno avvenire esclusivamente a tempo determinato.

RETE OSPEDALIERA

SCHEDE

DELLE FUNZIONI CHE LE AZIENDE DEVONO OBBLIGATORIAMENTE EROGARE E DEI VINCOLI ORGANIZZATIVI ED EROGATIVI ASSEGNATI

a) Aziende per i Servizi Sanitari

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 2 ISONTINA

Funzioni vincolate di Ospedale *	**A.S.S. n. 2** Livello obbligatorio di modalità erogativa	**H GORIZIA**	**H MONFALCONE**
Medicina generale		Degenza	Degenza
Riabilitazione e rieducazione funzionale		Degenza	Degenza
Pronto soccorso e medicina d'urgenza – Anestesia e rianimazione – Terapia intensiva e semintensiva – Terapia del dolore		Con letti di degenza nell'Area di emergenza	Con letti di degenza nell'Area di emergenza
Pronto soccorso		Con osservazione temporanea	Con osservazione temporanea
Chirurgia generale		Degenza	Degenza
Ortopedia e traumatologia		Degenza	Degenza
Radiodiagnostica		Servizio	Servizio
Area materno-infantile		Servizio	Servizio
Funzioni vincolate di Azienda *			
Ostetricia Ginecologia	Sede/i di ricovero e punto/i nascita come da esiti studio di fattibilità		
Pediatria	Sede/i con ricovero in corrispondenza del/i punto/i nascita		
Cardiologia	Funzione senza degenza		
Oncologia	Funzione senza degenza		
Direzione medica ospedaliera			
Funzioni coordinate *			
Farmacia			
Emodialisi	Prestazioni in ogni sede		
Laboratorio analisi			
Servizio di Medicina Trasfusionale	Dipartimento trasfusionale di area vasta		
Anatomia patologica	Funzione integrata con OORR di Trieste		
Otorinolaringoiatria	Una sede con ricovero		
Oculistica	Una sede con ricovero		
Urologia	Una sede con ricovero		
Dermatologia	Funzione senza degenza		
Odontostomatologia	Funzione senza degenza		
Nefrologia	Funzione senza degenza		
Neurologia	Una sede con ricovero		
Pneumologia	Funzione senza degenza		

Non sono previste funzioni Hub

* Vedi note esplicative per le Aziende per i Servizi Sanitari

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 3 ALTO FRIULI

Funzioni vincolate di Ospedale (*1)	**A.S.S. n. 3** Livello obbligatorio di modalità erogativa	**H TOLMEZZO - GEMONA (*2)**
Medicina generale		Degenza
Riabilitazione e rieducazione funzionale		Degenza
Pronto soccorso e medicina d'urgenza – Anestesia e rianimazione – Terapia intensiva e semintensiva – Terapia del dolore		Con letti di degenza interdisciplinare nell'Area di emergenza
Pronto soccorso		Con osservazione temporanea
Chirurgia generale		Degenza
Ortopedia e traumatologia		Degenza
Radiodiagnostica		Servizio
Area materno infantile		Servizio
Funzioni vincolate di Azienda *		
Ostetricia Ginecologia	Degenza e punto nascita	
Pediatria	Degenza	
Cardiologia	Funzione senza degenza	
Oncologia	Funzione senza degenza	
Direzione medica ospedaliera		
Funzioni coordinate *		
Farmacia		
Emodialisi	Funzione senza degenza	
Laboratorio analisi		
Servizio di Medicina Trasfusionale	Dipartimento trasfusionale di area vasta	
Anatomia patologica		
Otorinolaringoiatria	Erogazione e organizzazione da valutare con le altre Aziende della provincia di Udine	

Non sono previste funzioni Hub
(*1) Vedi note esplicative per le Aziende per i Servizi Sanitari
(*2) Come indicato dal capitolo "Ospedali ex art. 21 L.R. 27.2.1995, n. 13" pag. 38

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 4 MEDIO FRIULI

Funzioni vincolate di Ospedale *	**A.S.S. n. 4** Livello obbligatorio di modalità erogativa	**H** **SAN DANIELE**	**H** **GERVASUTTA (**)**
Medicina generale		Degenza	
Riabilitazione e rieducazione funzionale		Degenza	Degenza anche c/o Osp. SMM. Udine
Pronto soccorso e medicina d'urgenza – Anestesia e rianimazione – Terapia intensiva e semintensiva – Terapia del dolore		Con letti di degenza interdisciplinare nell'Area di emergenza	
Pronto soccorso		Con osservazione temporanea	
Chirurgia generale		Degenza	
Ortopedia e traumatologia		Degenza	
Radiodiagnostica		Servizio	Servizio
Area materno-infantile		Servizio	
Funzioni vincolate di Azienda *			
Ostetricia Ginecologia	Degenza e punto nascita		
Pediatria	Degenza		
Cardiologia	Funzione senza degenza		Funzione riabilitativa con degenza
Oncologia	Funzione senza degenza		
Direzione medica ospedaliera			
Funzioni coordinate *			
Farmacia			
Emodialisi	Prestazioni in ogni sede		
Laboratorio analisi			
Servizio di Medicina Trasfusionale	Dipartimento trasfusionale di area vasta		
Anatomia patologica			
Neurologia			Funzione riabilitativa
Pneumologia			Funzione riabilitativa con degenza
Nefrologia			
Funzioni Hub**			
Riabilitazione 3° livello	Presso Gervasutta		Degenza

* Vedi note esplicative per le Aziende per i Servizi Sanitari

** Deve essere anche data attuazione a quanto previsto dal Piano della Riabilitazione:

In base ad eventuali esigenze gestionali che potranno emergere dal Piano Ospedaliero Aziendale redatto dall'ASS n. 4, la Regione potrà disporre di modalità particolari di finanziamento delle funzioni Hub assegnate al Gervasutta.

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 5 BASSA FRIULANA

Funzioni vincolate di Ospedale *	**A.S.S. n. 5** Livello obbligatorio di modalità erogativa	**H Palmanova**	**H Latisana**
Medicina generale		Degenza	Degenza
Riabilitazione e rieducazione funzionale		Degenza	Degenza
Pronto soccorso e medicina d'urgenza – Anestesia e rianimazione – Terapia intensiva e semintensiva – Terapia del dolore		Con letti di degenza interdisciplinare nell'Area di emergenza	Con letti di degenza interdisciplinare nell'Area di emergenza
Pronto soccorso		Con osservazione temporanea	Con osservazione temporanea
Chirurgia generale		Degenza	Degenza
Ortopedia e traumatologia		Degenza	Degenza
Radiodiagnostica		Servizio	Servizio
Area materno-infantile		Servizio	Servizio
Funzioni vincolate di Azienda *			
Ostetricia Ginecologia	Sede/i di ricovero e punto/i nascita come da esiti studio di fattibilità		
Pediatria	Sede/i con ricovero in corrispondenza del/i punto/i nascita		
Cardiologia	Funzione senza degenza		
Oncologia	Funzione senza degenza		
Direzione medica ospedaliera			
Funzioni coordinate *			
Farmacia			
Emodialisi	Prestazioni in ogni sede		
Laboratorio analisi			
Servizio di Medicina Trasfusionale	Dipartimento trasfusionale di area vasta		
Anatomia patologica			
Otorinolaringoiatria	Erogazione e organizzazione da valutare con le altre Aziende della provincia di Udine		
Oculistica	Da valutare con le altre Aziende della provincia di Udine		

Non sono previste funzioni Hub
* Vedi note esplicative per le Aziende per i Servizi Sanitari

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 6 FRIULI OCCIDENTALE

Funzioni vincolate di Ospedale *	**A.S.S. n. 6** Livello obbligatorio di modalità erogativa	**H S. VITO al Tagl.to**	**H SPILIMBERGO**
Medicina generale		Degenza	Degenza
Riabilitazione e rieducazione funzionale		Degenza	Degenza
Pronto soccorso e medicina d'urgenza – Anestesia e rianimazione – Terapia intensiva e semintensiva – Terapia del dolore		Con letti di degenza interdisciplinare nell'Area di emergenza	Con letti di degenza interdisciplinare nell'Area di emergenza
Pronto soccorso		Con osservazione temporanea	Con osservazione temporanea
Chirurgia generale		Degenza	Degenza
Ortopedia e traumatologia		Degenza	Degenza
Radiodiagnostica		Servizio	Servizio
Area materno-infantile		Servizio	Servizio
Funzioni vincolate di Azienda *			
Ostetricia Ginecologia	Una sede con degenza e punto nascita		
Pediatria	Una sede con ricovero in corrispondenza del punto nascita		
Cardiologia	Funzione senza degenza		
Oncologia	Funzione senza degenza		
Direzione medica ospedaliera			
Funzioni coordinate *			
Farmacia			
Emodialisi	Prestazioni in ogni sede		
Laboratorio analisi			
Servizio di Medicina Trasfusionale	Dipartimento trasfusionale di area vasta		
Anatomia patologica			
Otorinolaringoiatria	Erogazione e organizzazione da valutare con le altre Aziende della provincia di Pordenone		

Non sono previste funzioni Hub
* Vedi note esplicative per le Aziende per i Servizi Sanitari

RETE OSPEDALIERA

SCHEDE

DELLE FUNZIONI CHE LE AZIENDE DEVONO OBBLIGATORIAMENTE EROGARE E DEI VINCOLI ORGANIZZATIVI ED EROGATIVI ASSEGNATI

b) Aziende Ospedaliero Universitarie, Ospedaliere e IRCCS

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
SANTA MARIA DELLA MISERICORDIA DI UDINE

Disciplina	Vincoli funzionali			Vincoli organizzativi
e funzione	Funzioni di rete	Funzioni coordinate	Funzioni Hub	Con degenza
Chirurgia generale	**X**			**SI**
Ortopedia e traumatologia	**X**			**SI**
Cardiochirurgia			**X**	**SI**
Chirurgia maxillo facciale - odontostomatologia			**X**	**SI**
Chirurgia plastica			**X**	**SI**
Chirurgia toracia-polmonare			**X**	**SI**
Chirurgia vascolare			**X**	**SI**
Neurochirurgia			**X**	**SI**
Chirurgia vertebro midollare Unità spinale			**X**	**SI**
Oculistica		**X**		**SI**
Otorinolaringoiatria		**X**		**SI**
Urologia		**X**		**SI**
Anestesia, rianimazione e terapia del dolore			**X**	Assetto organizzativo con Piano emergenza
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	**X**			
Ostetricia e ginecologia	**X**			**SI**
Patologia neonatale			**X**	**SI**
Pediatria	**X**			**SI**
Medicina generale	**X**			**SI**
Riabilitaz. e rieducaz. funzionale (da Gervasutta)	**X**			**SI**
Cardiologia	**X**			**SI**
Cardiologia UCIC			**X**	**SI**
Cardiologia interventistica			**X**	**NO**
Dermatologia		**X**		**SI**
Diabetologia		**X**		**NO**
Ematologia			**X**	**SI**
Endocrinologia			**X**	**NO**
Farmacologia clinica-tossicologia			**X**	**NO**
Gastroenterologia-endoscopia		**X**		**SI**
Malattie infettive			**X**	**SI**
Nefrologia		**X**		**SI**
Dialisi		**X**		**NO**
Neurologia		**X**		**SI**
Oncologia (vedi rete regionale oncologica)		**X**		**SI**
Pneumologia-Fisiolog.respiratoria-		**X**		**SI**

Disciplina e funzione	**Vincoli funzionali**			**Vincoli organizzativi**
	Funzioni di rete	**Funzioni coordinate**	**Funzioni Hub**	**Con degenza**
UTIR				
Psichiatria		**X**		
Radioterapia			**X**	**SI**
Reumatologia			**X**	**SI**
Laboratorio analisi		**X**		**NO**
Anatomia e istologia patologica		**X**		**NO**
Microbiologia – Virologia - Immunologia		**X**		**NO**
Genetica umana			**X**	**NO**
Medicina nucleare			**X**	**NO**
Radiodiagnostica	**X**		**X**	**NO**
Neuroradiologia			**X**	**NO**
Radiologia interventistica			**X**	**NO**
Servizio trasfusionale		**X**		**NO**
Fisica sanitaria			**X**	**NO**
Direzione medica ospedaliera				**NO**
Farmacia		**X**		**NO**
Centro regionale trapianti			**XX**	**NO**
Centro coordinamento malattie rare			**XX**	**NO**

XX Funzioni regionali

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA

OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Disciplina	Vincoli funzionali			Vincoli organizzativi
e funzione	Funzioni di rete	Funzioni coordinate	Funzioni Hub	Con degenza
Chirurgia generale	X			SI
Ortopedia e traumatologia	X			SI
Cardiochirurgia			X	SI
Odontostomatologia – Chirurgia maxillo facciale			X	SI
Chirurgia plastica			X	SI
Chirurgia toracica e polmonare			X	SI
Chirurgia vascolare			X	SI
Neurochirurgia			X	SI
Oculistica		X		SI
Otorinolaringoiatria		X		SI
Urologia		X		SI
Anestesia, rianimazione e terapia del dolore			X	Assetto organizzativo con Piano emergenza
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	X			
Anestesia - rianimazione	X			NO
Terapia intensiva			X	SI
Area di emergenza-.	X			SI
Medicina d'urgenza		X		SI
Pronto soccorso	X			NO -

Medicina generale	X			SI
Riabilitaz. e rieducaz. funzionale	X			SI
Cardiologia	X			SI
Cardiologia UCIC			X	SI
Cardiologia interventistica			X	NO
Dermatologia		X		SI
Diabetologia		X		NO
Ematologia		X		
Endocrinologia			X	
Farmacologia clinica-tossicologia			X	
Gastroenterologia-endoscopia		X		NO
Geriatria - Univ				SI
Malattie infettive			X	SI
Medicina del lavoro Univ				SI
Nefrologia		X		SI
Dialisi		X		NO
Neurologia		X		SI
Oncologia (vedi rete regionale		X		SI

Disciplina	Vincoli funzionali			Vincoli organizzativi
e funzione	Funzioni di rete	Funzioni coordinate	Funzioni Hub	Con degenza
oncologica)				
Pneumologia-Fisiolog.respiratoria - UTIR		X		SI
Psichiatria		X		SI
Radioterapia			X	NO
Reumatologia			X	NO

Laboratorio analisi		X		NO
Anatomia e istologia patologica		X		NO
Medicina nucleare			X	NO
Radiodiagnostica	X		X	NO
Radiologia interventistica			X	NO
Servizio trasfusionale		X		NO
Fisica sanitaria			X	NO

Medicina legale		X		NO
Direzione medica ospedaliera				NO
Farmacia		X		NO

AZIENDA OSPEDALIERA S.MARIA DEGLI ANGELI DI PORDENONE

Disciplina	Vincoli funzionali			Vincoli organizzativi
e funzione	Funzioni di rete	Funzioni coordinate	Funzioni Hub	Con degenza
Chirurgia generale	X			SI
Ortopedia e traumatologia	X			SI
Odontostomatologia e Chir. maxillo facciale			X	SI
Chirurgia della mano			X	SI
Oculistica		X		SI
Otorinolaringoiatria		X		SI
Urologia		X		SI
Anestesia, rianimazione e terapia del dolore			X	Assetto organizzativo con Piano emergenza
Pronto soccorso e Medicina d'urgenza	X			
Ostetricia e ginecologia	X			SI
Pediatria e neonatologia	X			SI
Medicina generale	X			SI
Riabilitaz. e rieducaz. funzionale	X			SI
Cardiologia	X			SI
Cardiologia UCIC			X	SI
Cardiologia interventistica			X	NO
Dermatologia		X		SI
Diabetologia		X		NO
Gastroenterologia-endoscopia		X		SI
Nefrologia		X		SI
Dialisi (con Nefrologia)		X		NO
Neurologia		X		SI
Oncologia (vedi rete regionale oncologica)	X			NO
Pneumologia-Fisiolog.respiratoria - UTIR		X		SI
Laboratorio analisi		X		NO
Anatomia e istologia patologica		X		NO
Microbiologia – Virologia		X		NO
Medicina nucleare			X	NO
Radiodiagnostica	X		X	NO
Radiologia interventistica			X	NO
Servizio trasfusionale		X		NO
Direzione medica ospedaliera				NO
Farmacia		X		NO

AZIENDA IRCCS

BURLO GAROFOLO DI TRIESTE

Funzioni assegnate
Ostetricia ginecologia *
Pediatria*
Pronto soccorso pediatrico *
Anestesia - rianimazione
Area di emergenza - Terapia intensiva
Neuropsichiatria infantile
Microbiologia/virologia * (hub per la funzione virologica a scopo di sorveglianza epidemiologica)
Direzione medica ospedaliera
Funzioni coordinate
Chirurgia maxillo facciale e odontostomatologia
Oculistica
Ortopedia
ORL
Riabilitazione
Radiologia
Malattie metaboliche
Medicina trasfusionale
Anatomia patologica
Farmacia
Funzioni Hub
Chirurgia pediatrica
Emato-oncologia pediatrica
Genetica medica
Patologia neonatale

(*) Nel territorio dell'ASS n. 1 la funzione è svolta solo dall'IRCCS

AZIENDA IRCCS

Centro di Riferimento Oncologico - CRO DI AVIANO

Funzioni assegnate
Oncologia
Terapia intensiva
Anestesia - rianimazione
Radiodiagnostica
Direzione medica ospedaliera
Epidemiologia oncologica
Funzioni coordinate
Medicina nucleare
Anatomia patologica
Cardiologia
Laboratori analisi
Microbiologia
Medicina trasfusionale
Farmacia
Funzioni Hub
Radioterapia
Malattie infettive
Oncologie specialistiche
Chirurgia oncologica
Fisica sanitaria

AREA VASTA PORDENONESE

Dal 1° gennaio 2011, previo studio di fattibilità da redigersi a cura dell'Azienda ospedaliera di Pordenone e dell'Azienda per i servizi sanitari n. 6 con il coordinamento della Direzione centrale, sentita la Conferenza dei Sindaci, gli ospedali di rete e le funzioni ospedaliere degli ospedali ex art. 21 della provincia di Pordenone afferiranno all'Azienda ospedaliera S.M. degli Angeli di Pordenone, fermo restando che gli ospedali di rete mantengono inalterate le funzioni previste dai vigenti atti di programmazione regionale. Dalla medesima data l'Azienda ospedaliera di Pordenone subentrerà all'ASS n. 6 nei relativi rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 31 del D.Lgs. 30.3.2001, n. 165. Di conseguenza, a partire da quella data, i contenuti della scheda "Rete ospedaliera – Azienda per i servizi sanitari n. 6" dovranno ritenersi riferiti all'Azienda ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone.

◇ La rete dell'emergenza

AMBITO DI INTERVENTO

Il sistema regionale dell'emergenza 118, istituito con Delibera di Giunta regionale n.3312 del 14 luglio 1989 "Progetto regionale per l'Emergenza Sanitaria", necessita di una revisione per renderlo più efficiente e più omogeneo sul livello regionale.
Le principali criticità riscontrate riguardano:

1. la numerosità delle centrali operative con bacini di utenza corrispondenti alla suddivisione provinciale della regione.
   (Questa strutturazione è di fatto superata dall'evoluzione tecnologica che individua come più adatti, in termini qualitativi ed economici, i bacini di utenza più ampi)
2. la necessità di sviluppare ulteriormente le procedure comuni e le dotazioni logistiche
3. la necessità di sviluppare ulteriormente la logica di integrazione tra le attività del 118 e gli elementi terminali del sistema Hub and Spoke.

STRATEGIA REGIONALE

Entro il 2010 sarà redatto un aggiornamento del vigente piano regionale operativo mantenendo i principi della gestione dell'emergenza sanitaria caratterizzati dalle fasi di:
a) Allertamento e l'accesso al sistema: la Centrale Operativa "118"
b) Soccorso territoriale
c) Sistema dell'emergenza ospedaliera
d) Trasporti nel S.S.R.

MODALITÀ ATTUATIVE

La principale indicazione del PSSR riguarda un primo intervento avente ad oggetto l'istituzione di un'**unica centrale operativa regionale**, con sede a Palmanova affiancata a quella della Protezione Civile cui è assegnata la competenza relativa alle urgenze.
Partendo da questa indicazione vincolante il piano operativo dovrà fornire le indicazioni per la revisione del soccorso territoriale, del sistema dell'emergenza ospedaliera e dei trasporti "secondari" al fine di organizzare una rete dell'emergenza che possa garantire
- l'equità nella risposta a tutti i cittadini
- una qualità elevata ed il più omogenea possibile per tutti i cittadini.
- una gestione efficiente (economicità del rapporto costo beneficio)ed efficace.

◇ Il miglioramento dell'efficienza

AMBITO DI INTERVENTO

Una necessaria qualificazione della spesa sanitaria si gioca prevalentemente sul perseguimento di una maggiore efficienza tecnico - organizzativa nella gestione delle strutture. Peraltro, va considerata la notevole incidenza, nella struttura dei costi complessivi del sistema sanitario e sociale, del cosiddetto "terziario interno non caratteristico", ossia delle attività relative all'amministrazione e contabilità, agli acquisti, alle procedure per la gestione del personale ecc., per le quali tutte le analisi finora svolte evidenziano margini significativi di risparmio conseguibili tramite l'ottimizzazione della gestione dei diversi ambiti di servizio.
Complessivamente occorre inoltre migliorare la capacità di esercitare il governo del sistema sanitario e sociale, e di dare conto delle funzioni svolte e dell'equilibrio tra risorse assegnate e risultati conseguiti.
Diventa prioritario porre in atto politiche di integrazione interaziendale orientate a:
- ricercare forme di integrazione e/o accorpamento per lo svolgimento delle attività amministrative e di supporto,
- garantire l'adeguatezza delle dotazioni organiche e la loro congruenza con i livelli di attività.

STRATEGIA REGIONALE

Deve essere promossa, governata e perseguita l'adozione di modalità organizzative innovative in grado di migliorare i livelli di efficienza complessiva del sistema, non allo scopo di conseguire risparmi fine a se stessi, ma piuttosto di ottenere recuperi di risorse da reinvestire nel sistema stesso, destinandole al miglioramento dei livelli quali-quantitativi dei servizi resi ed alla copertura di bisogni ancora inevasi.
Il Servizio sanitario deve perciò:
- ricercare forme di integrazione e/o accorpamento per lo svolgimento delle attività amministrative e di supporto, sviluppando confronti interaziendali di benchmarking e giungendo, laddove conveniente, ad accordi interaziendali su procedure amministrative in unione, ove non già previste dai programmi annuali di attività centralizzate;
- migliorare la politica delle risorse umane, sia per gli aspetti normo - contrattuali (al fine di utilizzare al meglio le opportunità offerte dai contratti e dalle convenzioni nazionali) sia per l'aspetto della qualificazione degli operatori (finalizzando l'aggiornamento professionale)
- garantire l'adeguatezza delle dotazioni organiche e la loro congruenza con i livelli di attività: un importante recupero di efficienza può avvenire attraverso la validazione delle attuali dotazioni organiche delle Aziende, da effettuarsi mediante la definizione dei piani di lavoro e l' applicazione di standards e valori medi ormai

in larga misura consolidati e, in alcune Aziende, già utilizzati. Si tratterebbe, pertanto, di sperimentarne l'ampliamento estendendo tali pratiche all'intero sistema.

MODALITÀ ATTUATIVE

Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nell'organizzazione delle funzioni amministrative e di supporto alle funzioni sanitarie, devono privilegiare, a parità di livello qualitativo, l'economicità della gestione attraverso la definizione di modalità organizzative comuni in accordo con le altre Aziende del SSR e privati.

Le Aziende, nell'ambito della programmazione attuativa 2010,

a) Predispongono, in accordo quantomeno con tutte le Aziende aventi sede rispettivamente:
   - nel territorio della provincia di Pordenone
   - nel territorio delle provincia di Udine
   - nel territorio delle province di Trieste e Gorizia.

   un Piano aziendale di riorganizzazione gestionale, valido per il triennio 2010-2012, e lo negoziano con la Regione.

b) Provvedono a rideterminare le dotazioni organiche rendendole congruenti con gli specifici livelli di attività delle singole unità organizzative (piani di lavoro)

Nelle Linee per la gestione 2010 saranno indicati le modalità operative per la definizione e gli argomenti obbligatoriamente oggetto di accordo interaziendale.
A titolo esemplificativo e non esaustivo si elencano i seguenti argomento:

- Concorso all'introduzione di anagrafiche comuni e repertori condivisi nel ricorso obbligatorio agli acquisti centralizzati;
- Procedure amministrative in unione, ove non già previste dai programmi annuali di attività centralizzate (ex CSC): concorsi di assunzione, procedure contabili e fiscali, procedure sul trattamento economico del personale dipendente e di quello convenzionato, prestazioni generali e legali;
- Aspetti di logistica, distribuzione, progettazione interventi ecc.;
- Accorpamento di servizi;
- Razionalizzazione procedure per erogazione delle diverse forme di assistenza, quali farmaceutica (distribuzione diretta e per conto) o integrativa (es.: protesica, riabilitativa);
- Analisi su entità dei costi per singoli fattori produttivi e ricorso a metodi di confronto di benchmarking;
- Rivisitazione di assetti organizzativi per l'individuazione di eventuale trattazione di interventi non rilevanti che in ipotesi stiano sottraendo risorse a problematiche più critiche.

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Piano sanitario e sociosanitario regionale
PSSR 2010 – 2012

Allegato 1

VERIFICA DELL'ATTUAZIONE
del
Piano sanitario e sociosanitario regionale
2006 - 2008
Approvato con DGR n. 2843 del 24-11-2006

Verifica dell'attuazione del Piano SocioSanitario Regionale 2006-2008

Indice

Premessa

Il Piano SocioSanitario Regionale 2006-2008 perseguiva due macro obiettivi:

1. Lo sviluppo di nuove progettualità
2. La modifica dell'assetto istituzionale

La valutazione dell'attuazione del PSSR pertanto è costituita da due parti principali: una che valuta gli esiti prodotti dalle progettualità, e l'altra che analizza l'effetto sull'assetto istituzionale.
E' poi aggiunta una terza parte che illustra altri aspetti, più strumentali, presenti nel PSSR 2006 – 2008 quali gli investimenti, le risorse umane, il sistema informativo e l'accreditamento.

1. Lo sviluppo di nuove progettualità

Le progettualità proposte dal PSSR 2006-2008 hanno avuto sviluppi differenziati e, pertanto, diversi sono gli impatti sulle determinazioni del nuovo piano.

Alla fine del periodo un progetto infatti può essere considerato:
- concluso
- ancora in fase di realizzazione e quindi nel piano futuro sarà riproposto, anche rimodulandolo
- non avviato (o sospeso) e da riproporre, anche rimodulandolo
- non avviato (o sospeso) e da non riproporre.

L'analisi è stata svolta seguendo gli assi di intervento portanti individuati dal piano sociosanitario:
a) Potenziare la prevenzione,
b) Potenziare la sanita' pubblica territoriale e le cure intermedie (centralità del distretto)
c) Riorganizzare la rete ospedaliera regionale (articolandola per funzioni e per area vasta).

Le progettualità relativa all'asse "ridefinire l'assetto organizzativo del SSR", di pari livello ed importanza nel documento di piano vengono analizzate a parte.

1. a) LA PREVENZIONE

Situazione e criticità di partenza
La regione ha condiviso l'impostazione nazionale tesa a individuare e attivare approcci condivisi all'offerta di prevenzione attiva sulla popolazione generale costituita da un complesso di interventi quanto più possibile integrati e costruiti a partire dai modelli di evidenza consolidata , in cui sia presente anche un'ottica di promozione ed adesione consapevole da parte dei cittadini ed un coinvolgimento sempre più ampio dei vari stakeholders (enti locali, associazioni ecc.).

Macroobiettivi:
Attuazione del Piano della prevenzione

La regione nel 2006 ha licenziato, con due distinte delibere della Giunta Regionale, il Piano regionale della prevenzione, in recepimento di quello nazionale. Il Piano è costituito da più piani settoriali e specifici.

Nel periodo di vigenza:
1) Alcuni piani (quello oncologico da parte del SSR e quello cardiovascolare per un finanziamento extra SSR) sono stati finanziati con fondi aggiuntivi mentre per gli altri le risorse erano considerate all'interno del finanziamento ordinario aziendale; nei fatti i piani che non hanno goduto di un finanziamento esterno ad hoc hanno trovato poche risorse all'interno dell'azienda.
2) Molti piani scontano una carenza di ingegnerizzazione essendo nati da uno sforzo di singoli professionisti che, anche quando hanno lavorato in maniera interdisciplinare non hanno adeguatamente tenuto conto delle relazioni dentro e fuori del SSR ; in altri termini c'è molta competenza specifica sui temi professionali meno sulla loro gestione in termini organizzativi all'interno del SSR nel suo complesso.

Progetto	Obiettivo fissato e risultato atteso	Risultato raggiunto
Prevenzione cardiovascolare	Costituzione rete collaborativa interprofessionale e supporto MMG	È stata costituita la rete collaborativa con il coinvolgimento delle strutture aziendali e del centro di formazione degli mmg; all'interno di questa collaborazione è stato definito e realizzato un progetto formativo denominato gente di cuore.
	Sviluppo attività prevenzione primaria stili vita	Il progetto "gente di cuore" ha creato gruppi interdisciplinari (cardiologo, mmg, igienista) disseminati nel territorio e formati al counselling breve sugli stili di vita. Non completata la formazione del comparto.
	Sviluppo attività prevenzione secondaria	I mmg sono stati addestrtati all'uso della carta del rischio cardiovascolare
	Sviluppo sistemi informativi	È in rilascio l'atlante malattie cardiovascolari

Prevenzione obesità	Aumento delle fonti informative epidemiologiche Attività di informazione; intervento per corretta alimentazione Promozione attività fisica Definizione Linee di Indirizzo regionali	A regime le attività di osservazione epidemiologica (PASSI , OKKIO alla SALUTE). Prosegue il programma allattamento al seno. Realizzate le attività di intervento nelle scuole, rafforzate dalla costruzione di una rete di alleanze (DCS, USR e USP, SIAN, Città Sane, ecc.) le attività dei SIAN sulla ristorazione collettiva. Realizzata l'attività di formazione regionale finalizzata alla valorizzazione delle pratiche efficaci. Formalizzate Linee di Indirizzo con DGR
Diagnosi precoce dei tumori:	*screening* per il tumore della cervice uterina *screening* del tumore mammario *screening* del cancro del colon retto: studio di fattibilità e definizione del programma	Attivi i tre programmi di screening oncologici individuati dalle indicazioni nazionali; per il colon retto al 2008 erano attive le ASS3,4,5,6.
Vaccinazioni e sorveglianza delle malattie infettive	Implementazione anagrafe vaccinale Mantenimento e miglioramento delle coperture vaccinali per MPR nei gruppi target e per i vaccini previsti dal pnv per i gruppi a rischio Miglioramento della qualita' dell'offerta vaccinale	Non sono state svolte attività sull'anagrafe vaccinale. Sono state mantenute le coperture vaccinali. E' stato sottoposto a revisione e pubblicato il manuale della qualità dei servizi vaccinali. E' stata svolta l'attività di autovalutazione propedeutica alla definizione dei piani di miglioramento.
Prevenzione degli incidenti	Potenziamento delle azioni di osservazione epidemiologica Attivazione di un sistema multidisciplinare di analisi degli incidenti stradali (MITRIS). Potenziamento degli interventi di prevenzione di tipo integrato al fine di ridurre gli incidenti e le conseguenze sanitarie e sociali.	Avviata l'attività di osservazione epidemiologica. Iniziata l'attività collaborativa per la realizzazione del DW georeferenziato regionale Sviluppati interventi formativi sulla sicurezza stradale in collaborazione con le scuole, realizzato percorso formativo integrato(sanità, enti locali, professionisti) sui determinanti ambientali della salute
Tutela della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro	➢ Formazione ➢ Ispezioni ➢ Incremento base conoscitiva	Si è svolto il percorso di formazione (ISPEL) per le nuove metodologie di studio dell'infortunistica mortale (Sbagliando si impara) Le ispezioni hanno raggiunto il volume previsto. È stato realizzato l'atlante infortuni e sviluppato il prototipo del sistema informativo.

	➢ Aumento della dotazione di personale ➢ Informazione, formazione non obbligatoria, prevenzione sui luoghi di lavoro, archivio, dati e monitoraggio ➢ Sviluppo procedura per gestione verbali dei corsi in materia di sicurezza sul lavoro, realizzati sul territorio regionale	Il personale totale regionale assegnato è passato da 82,2 unità tpe del 2005 alle 95,7 tpe (102 unità) del 2008 contro le 96 previste. Siglato in data 22.10.08 Accordo per interventi in materia di sicurezza a favore dei lavoratori delle imprese. E' stato realizzato il sistema informativo "Registro informatico verbali corsi in materia di sicurezza sul lavoro"
Incidenti domestici	➢ Studio per un sistema di sorveglianza ➢ Sviluppo analisi campionarie (studio Passi) ➢ Analisi campionarie su lavoro domestico.violenza domestica, ➢ Attività di sopraluogo e formazione per la popolazione	Il sistema di sorveglianza non è stato realizzato. Non è stato realizzato un sistema di analisi campionarie. Sono state avviate iniziative di informazione per la popolazione.
Medicina sportiva	Monitoraggio dei certificati di idoneità o non idoneità alla pratica sportiva agonistica non professionistica	È stato avviato il sistema informatizzato di gestione dati, di gestione cartelle utente e di rilascio della certificazione, obbligatorio per gli specialisti operanti nelle strutture pubbliche e nelle private accreditate
Tabagismo	Diminuire il numero di persone che iniziano a fumare Diminuire il numero di fumatori attuali Diminuire il numero di persone esposte al fumo passivo	Approvato il documento "Linee di indirizzo regionali per la prevenzione del tabagismo 2009-2010, con DGR 2920/08
Alcol	Coordinamento nazionale al FVG di un progetto di interventi in materia di danni alcolcorrelati	Siglato accordo in data 22.12.2008 fra la Regione FVG ed il Ministero del lavoro, delle salute e delle politiche sociali.

1. b) L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Situazione e criticità di partenza

- Le risorse a disposizione (umane, tecnologiche e strutturali), le competenze gestionali e la limitata autonomia gestionale- finanziaria dei distretti sono spesso insufficienti ad affrontare tutte le funzioni che le recenti normative hanno loro attribuito e ad assicurare compiutamente la presa in carico globale dell'utente, nonchè a realizzare progetti di cura personalizzati (anche per la mancata disponibilità di strumenti finanziari a sostegno dei progetti) e l'integrazione con i servizi socioassistenziali dei comuni.
- Carenze e disomogeneità territoriali in termini di offerta per le cure intermedie (in particolare RSA, SID, SRD)

Macroobiettivi:

- Migliorare l'accessibilità ai servizi sociosanitari
- Contrasto della istituzionalizzazione
- Migliorare la continuità delle cure
- Agire sul bisogno inespresso
- Sviluppo e consolidamento della partecipazione dei MMG e dei PLS al governo del sistema distrettuale ed al perseguimento di maggiori livelli di integrazione con la rete complessiva dei servizi sociosanitari.

Azioni	**Obiettivo fissato e risultato atteso**	**Situazione al 2008**
Assistenza sanitaria di base	1. Consolidamento dell'UDMG.	Le UDMG hanno continuato l'attività, anche se in modo disomogeneo, in quanto ruolo, funzioni e compiti degli udmg, peraltro precisamente definiti negli atti, non trovano interpretazione univoca nella pratica.
	2. Miglioramento dell'accessibilità, attraverso lo sviluppo di forme organizzative idonee.	Il grande incentivo alle forme associative ha contribuito ad ampliare significativamente l'orario di accessibilità.
	3. Diffusione dell'informatizzazione.	Sono state avviate iniziative sperimentali di interfacciamento tra portale e applicativi della medicina generale.
		Sono state avviate attività di governo

	4. Sviluppo del governo clinico. 5. Promozione della ricerca e della formazione sul campo. 6. Sviluppo dell'appropriatezza prescrittiva. 7. Miglioramento della continuità delle cure.	clinico: - progetti sul diabete mellito e sulla BPCO; - ricoveri evitabili (Diabete: ricoveri per scompenso, complicanze a breve, amputazioni, Ipertensione; Bpco; Appendicite perforata; Asma; Disidratazione; Scompenso; Polmonite batterica); - attività specialistica e diagnostica strumentale (lettura comparata di flussi per singolo medico, distretto, azienda,regione); - altri indicatori di processo: uso di ASA o di betabloccanti nel postinfarto, di aceinibitori e/o di diuretici nello scompenso, di vaccinazioni antinfluenzali nella popolazione target; - accessi in PS suddivisi per codice di priorità. A supporto dei progetti di governo clinico sono stati sviluppati alcuni registri di patologia (diabetici, dializzati, ...), di cui alcuni in fase di sviluppo. Il progetto sulla clinical governance del diabete mellito, ha dimostrato l'efficacia della formazione sul campo nel miglioramento delle performance su obiettivi clinici espliciti. Tale obiettivo è stato perseguito anche attraverso l'attività del Ceformed. - E' stato messo a punto il sistema di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva. Tra le attività più rilevanti si segnala la produzione dei criteri di priorità clinica (legati alla progettualità dei tempi d'attesa: percorso mal di schiena, ECO addome, ...) E' stato avviato un gruppo tecnico per il percorso agevolato nelle cure delle malattie neuro-degenerative, e per la continuità assistenziale Ospedale-Territorio.
Assistenza farmaceutica	1. la ricerca dell'appropriatezza prescrittiva, 2. la responsabilizzazione dei MMG	1-2 Vedi sopra per la parte appropriatezza. 2. I medici sono stati responsabilizzati più

	3. il controllo delle prescrizioni ospedaliere, 4. la revisione dei prontuari terapeutici ospedalieri, 5. lo sviluppo di prontuari per l'assistenza territoriale (hospice, strutture residenziali, RSA ecc.), 6. l'avvio della distribuzione per conto, 7. la messa a regime della distribuzione diretta.	sulla componente economica che su quella clinica. 3. – 4 Il controllo delle prescrizioni e la revisione dei prontuari è effettuata con tempi e modi differenziati tra le varie aziende. 5. non sviluppato 6. La distribuzione per conto verrà sperimentata nel 2008 in 2 ASS. 7. La distribuzione è stata avviata in tutte le aziende e sta dando risparmi.
Assistenza specialistica Ambulatoriale	Conseguire una maggiore autonomia nella gestione della domanda da parte dell'assistenza territoriale	Questi temi sono stati affrontati nel piano dei tempi di attesa.
	Tempi di attesa	Dal 2007, dopo l'approvazione della DGR n. 288/2007, tutte le Aziende, attraverso lo strumento dell'accordo di Area Vasta hanno predisposto ed attuato un programma annuale per la riduzione dei tempi di attesa.
Domiciliarità	Orientamento proattivo dei servizi, case manager, progetto personalizzato, punto unico di accesso (applicazione delle linee guida regionali).	Le linee guida regionali non sono state emanate, ma in tutti i PAT/PDZ 2006-2008 sono presenti progettualità che vanno in questa direzione, in coerenza con le indicazioni regionali (linee guida) del 2004 per quelli che erano stati chiamati "obiettivi strategici di sistema". Bisogna quindi scendere a livello di ambito distrettuale per valutare le attuazioni, o i tentativi di attuazione, soprattutto riguardanti il punto unico di accesso e constatare la loro eterogeneità - rispetto a modalità organizzative e gestionali e alle tipologie di professionalità presenti - e la tendenza a concentrarsi sull'accesso di popolazioni specifiche (vedi anziani). Rispetto inoltre alla definizione e gestione di progetti personalizzati, con l'istituzione del Fondo per l'autonomia possibile e il suo regolamento di attuazione (2007), sono state fornite specifiche indicazioni ai territori in tal senso. Con riferimento alla necessità di intervenire, in sinergia con gli ambiti sociali, nelle attività di promozione, avvio e valorizzazione dei progetti personalizzati e nella loro realizzazione anche nell'ambito dell'utilizzo del Fondo per

		l'autonomia possibile, nel 2008 le Aziende, attraverso un crescente impegno nelle Unità di valutazione distrettuali, hanno orientato fortemente la propria azione verso il completamento delle rivalutazioni dei casi pregressi e verso la presa in carico e la conseguente valutazione dei casi nuovi in tempi via via più contenuti e più confacenti alle esigenze e alle aspettative dell'utenza.
	Sviluppo di comunità Sperimentazioni gestionali	Consolidamento dell'esperienza dell'infermiere di comunità e sperimentazione delle microaree nell'ASS1 In 2 distretti (Codroipo e Cervignano) è stata sperimentata l'esperienza dell'infermiere di comunità.
	Incremento di risorse e attività (SID - Servizio Infermieristico Domiciliare e SRD – Servizio di Riabilitazione Domiciliare) SID sulle 12 ore 7 giorni su 7 SID: standard complessivo di 3,5/4,5 infermieri ogni 10.000 abitanti SRD: dimensione distrettuale SRD: std medio regionale 4 ogni 10.000 ultra 65enni	Le aziende garantiscono tutte le 12 h per 5 gg, quasi tutte per il sabato, quasi nessuna per la domenica (ci sono accessi programmati, reperibilità o funzionamento part-time) Sono stati inseriti fkt nelle aziende carenti (ASS n. 2 e n.6)
	Fondo per l'autonomia possibile	Il fondo è stato costituito, anche se i progetti personalizzati si appiattiscono sull'utilizzo del FAP.
Assistenza residenziale	Incremento di risorse e attività (RSA, altre residenze), secondo le indicazioni del piano della riabilitazione.	ASS 1: pl mantenuti come richiesto, ASS 2: pl ridotti come richiesto, ASS 3: pl mantenuti, ASS 4: ampliamento pl programmato è quasi completo, ASS 5: pl rivalutati in base all'effettivo utilizzo, ASS 6: ampliamento pl non completato (manca il territorio di Spilimbergo).
	Offrire professionalità specifiche e promuovere opportunità diversificate ed integrate di assistenza nell'ultimo spazio di vita e nel morire (ospedale, domicilio, hospice – RSA con funzione specialistica). Costituire nuclei transmurali dedicati alle cure palliative residenziali e domiciliari. Incrementare il controllo del dolore e degli altri sintomi.	E' in fase conclusiva la valutazione dei livelli garantiti in ogni distretto della regione Nel 2008 l'attenzione è stata recuperata e gli indicatori sono migliorati

Assistenza di lungo periodo	Completamento del processo di riclassificazione secondo le indicazioni contenute dalla LR10/98 e nelle dgr successive.	Il processo è ancora in corso, compreso il contestuale sviluppo di strategie alternative.
Assistenza alle persone con problemi psichiatrici e con problemi di dipendenze	Previsione di disciplinare la materia con 2 piani di settore (06-08). Salute mentale: indicazione di standard e indirizzi di offerta. 1 CSM aperto sulle 24 h tutti i giorni della settimana per ogni area distrettuale	I piani non sono stati deliberati. 19 CSM sono h24, in 1 è garantita la reperibilità Si registra anche un ritardo dell'attuazione, nel settore della salute mentale, dei progetti personalizzati sperimentali, sostenibili con il Fondo per l'autonomia possibile. E'stato avviato il progetto di informatizzazione dei Dipartimenti delle dipendenze (SIRD).

1.c) LA RETE OSPEDALIERA REGIONALE

<u>Situazione e criticità di partenza</u>

Livelli elevati di tutela del cittadino nella fase acuta della malattia

Elevato numero di strutture ospedaliere, autoreferenzialità degli operatori e con scarsa propensione a lavorare in rete

<u>Macroobiettivi:</u>

Aumento della qualità, della sicurezza

Miglioramento dell'organizzazione e dell'efficienza

Acquisizione del controllo del trend di spesa dell'assistenza ospedaliera

Argomento	Obiettivo fissato e risultato atteso	Situazione al 2008
La rete ospedaliera e le strutture della rete	- Mantenimento della rete e delle strutture esistenti - Integrazione degli IRCCS nel SSR - Miglioramento dell'integrazione degli Ospedali già temporaneamente accreditati	- Le strutture sono state mantenute e gli IRCSS integrati nel SSR (LR 14/06) - L'integrazione si è configurata come acquisto di prestazioni piuttosto che orientamento dell'offerta.
Le relazioni tra i nodi della rete	Migliorare l'equiaccessibilità con la programmazione a livello di Area Vasta e con accordi e protocolli	L'obiettivo assegnato all'area vasta non è stato generalmente raggiunto, in quanto gli accordi avevano più contenuti economici che organizzativi. L'applicazione dei protocolli è stata frenata dagli aspetti economici (rimborsi delle prestazioni). Nel 2008 si è assistito ad alcuni tentativi di raccordo, ma fra singole aziende non come azione di area vasta (ad esempio: gestione dell'endoscopia digestiva tra ASS 3 e AOUUD, gestione della sindrome coronarica acuta (sca) tra AOUTS e ASS 2).
Le priorità regionali di intervento	- Trasfusionale - Laboratori e Microbiologia - Anatomia patologica	Sono stati costituiti i 3 dpt strutturali trasfusionali di area vasta ed è stato attivato il CUV. L'Ass 6 e l'AOSMA hanno unificato anche la struttura di Laboratorio e di Anatomia patologica. L'attività di razionalizzazione sui laboratori a livello regionale resta ancora in fase di studio Nel pordenonese vi è stato il trasferimento all'OSMA della dialisi. Sono operativi protocolli tra Aziende sanitarie e IRCCS Burlo per il trattamento dei pazienti chirurgici pediatrici. E' operativo un protocollo tra AOUSMM e AOSMA per la

	 - Procreazione Medicalmente Assistita - Trapianti di organo e tessuto - Donazione di sangue cordonale	neurochirurgia. Avviato il processo di accreditamento per la PMA E' in evoluzione il programma di procurement di cornee. E' stato effettuato l'audit di tutte le strutture regionali coinvolte nel sistema donazione-trapianto e condivise le criticità con le direzioni aziendali. E' stato avviato il programma di donazione del sangue cordonale in tutti i centri nascita della regione, con la collaborazione della Protezione Civile per quanto attiene ai trasporti delle sacche. L'attività di coordinamento e di formazione è svolta dal Burlo Garofolo
Le linee di indirizzo per l'area vasta	Oncologia Cardiologia Ortopedia Emergenza (terapie intensive) + indirizzi nelle schede di Ospedale	Sono iniziate alcune attività di integrazione su cardiologia (in modo discontinuo nell'area vasta udinese, in modo completo nell'area vasta giuliano-isontino) e ortopedia. La definizione del percorso ictus e l'individuazione dei centri deputati alla trombolisi hanno, di fatto, tracciato percorsi diagnostici terapeutici per le singole aree vaste. In particolare nel pordenonese sono stati definiti percorsi condivisi per lo stroke care, per il paziente con piede diabetico, per l'ORL e per il tumore alla prostata.
I rapporti tra regione ed università	Applicazione D.Lgs 517/99 e dei Protocolli d'intesa con le Università Corso di laurea specialistica in Scienze della Riabilitazione	Si è costituita l'azienda unica tra AOSMM e PUGD. Avvio del corso di laurea

2. La modifica dell'assetto istituzionale ed organizzativo

Il piano sociosanitario regionale 2006-2008, relativamente agli assetti istituzionali ed organizzativi, interessava:
Distretto
Area Vasta
Rete ospedaliera regionale.

Per quanto riguarda il **DISTRETTO** il modello organizzativo-istituzionale cui il PSSR tendeva prevedeva un "Distretto forte", ovvero che fosse davvero capace di leggere i bisogni della popolazione, che sapesse progettare una risposta adeguata e che sapesse/potesse mettere in rete sia le risorse della sanità (proprie e degli altri erogatori), che quelle del sociale che quelle, istituzionali e non, del territorio locale.
Per far questo la pianificazione regionale (il piano, ma anche i documenti di pianificazione di poco precedenti):

- ribadisce **l'autonomia economica-finanziaria** del distretto, da correlare alla sua capacità di definire progettualità e impegni congiunti con terzi
- ne rafforza la **struttura organizzativa** (staff e UCAD; riqualificazione delle UVD in equipe multiprofessionali di progetto)
- formalizza **meccanismi operativi** esistenti o semplicemente li riconduce ad una matrice comune (pianificazione strategica: PAT/PdZ; programmazione e controllo: budget di distretto; sistema informativo: potenziamento delle competenze locali e degli strumenti del SISSR)
- valorizza la **dimensione territoriale dei Dipartimenti** aziendali (prevenzione, salute mentale e tossicodipendenze)
- offre **strumenti gestionali nuovi** per dare concretezza a tale impostazione (punto unico di accesso, case manager, progetto personalizzato)
- individua nel distretto la sede di gestione dei rapporti con la **medicina di base** e luogo in cui vengono garantiti i **percorsi di clinical governance**, anche come garanzia della continuità assistenziale ospedale-territorio
- vuole **potenziare le risorse assegnate** al distretto (in particolare: pl in RSA per le zone carenti (PdR), adeguamento organici di servizi domiciliari almeno alle medie regionali) e dichiara di destinare al territorio i risparmi gestionali provenienti dalla razionalizzazione della spesa, oltre che a garantire lo storico e l'incremento inflativo.

Di fatto però:

- il processo di cambiamento organizzativo doveva essere veicolato dalle ASS, le quali nella maggior parte dei casi si sono limitate agli aspetti formali e di adempimento, più che ad una revisione sostanziale del ruolo e dell'organizzazione dei propri distretti;
- i PAT distrettuali non sono stati sentiti come parte della programmazione aziendale e quindi non sono stati perseguiti con forza;
- gli strumenti gestionali che dovevano essere predisposti dalla regione, di fatto non lo sono stati, tranne che per il FAP, a supporto del progetto personalizzato;

- alcuni percorsi di clinical governance arrivano fisiologicamente "in ritardo" nel territorio, in quanto, seguendo il percorso del paziente, individuano prima la risposta nell'emergenza e nell'acuzie, quindi ospedaliera; altri invece, che "nascono" nel territorio sono già ad uno stadio più avanzato, come il Diabete, che ha già portato dei miglioramenti nella cura della popolazione;
- i risparmi di razionalizzazione di sistema non sono stati così elevati da definire spostamenti significativi di risorse e le indicazioni nazionali sul contenimento della spesa hanno vincolato gli sviluppi iniziali .

In generale, la realizzazione delle indicazioni relative al modello organizzativo-istituzionale del piano era prodromica alla capacità del Distretto di svolgere il suo ruolo.
Il non realizzarsi di tali indicazioni da una parte ha concorso alla non realizzazione di alcuni obiettivi individuati dal piano per il territorio, mentre dall'altra l'articolarsi dei livelli decisionali e gestionali previsti dal modello ha imbrigliato l'attuarsi del modello stesso.

L'altro elemento caratterizzate il PSSR 2006-2008 era la definizione formale dell'**AREA VASTA** ed il suo posizionamento relazionale all'interno del SSR.
L'area vasta:
- doveva avere **un organo decisionale**: conferenza dei direttori generali, cui partecipa anche i soggetti erogatori privati
- doveva avere **un organo di supporto alle decisioni**, che le declinava in modo operativo: comitato di area vasta formato dai direttori sanitari ed altre professionalità
- era il **luogo di programmazione decentrata** per la realizzazione delle strategie regionali, secondo delle aree di intervento prioritarie (garantire la continuità assistenziale, analizzare la mobilità sanitaria, definire le relazioni tra i nodi della rete ospedaliera per funzioni).

Di fatto, però:
- i due organi (conferenza direttori generali e comitato di area vasta) hanno avuto un ruolo solo formale.
- l'area vasta non ha assunto un'identità specifica, ma era la compresenza di più soggetti attorno ad un problema o progetto, pertanto non si è mai trasformata in luogo di programmazione, se non in particolari segmenti (i tempi d'attesa, dove il mandato e le regole erano definite a priori).
- lo strumento di programmazione è l'accordo di area vasta, ovvero un documento che non è inserito nel percorso della LR 49/96 e che si è ridotto al solo aspetto economico.

Anche la definizione della **RETE OSPEDALIERA REGIONALE organizzata per funzioni** era fortemente legata al funzionamento dell'area vasta.
La rete, quale elemento strutturale del SSR, non veniva modificata né dal punto di vista istituzionale (ciascun presidio rimaneva in capo all'Azienda di appartenenza), né quantitativo (nessuna chiusura di presidi, né riduzione di funzioni; valorizzazione delle funzioni di riferimento regionali presso gli IRCCS, le AOU e l'AO). Ciò che doveva

cambiare era il rapporto tra i nodi della rete, secondo delle relazioni non ti tipo gerarchico ma di "riconoscimento" reciproco delle professionalità presenti in un polo piuttosto che in un altro. Tale insieme di relazioni, cementato dai protocolli operativi tra aziende definiti per lo più in area vasta, doveva garantire il miglior percorso diagnostico-terapeutico per ciascun paziente, a prescindere da quale fosse il punto di accesso alla rete.

Di fatto però:
- è rimasta una latente rivalità tra i diversi poli (sia spoke verso hub, che hub verso altro hub), che ha frenato l'attuazione della rete.
- il modello proposto non è applicabile a tutte le specialità ospedaliere, ma solo a quelle di alta specializzazione.
- l'attuazione della rete è complessa e richiede tempi più lunghi di quelli di vigenza del piano perché deve "mettere in rete" tutti i tipi di conoscenza (dati, informazioni, esperienza, competenze, valori) e deve "riconciliare" la componente oggettiva di ciascuna organizzazione coinvolta (protocolli, tecnologie, casistica, status giuridici e carriere, sistema informativo, ecc) con quella professionale (teoria e pratica clinica).

PIANO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2006 – 2008

- quadro sinottico del disegno del modello organizzativo- istituzionale proposto dal piano -

	Ruolo	Funzione	Organizzazione	Strumenti
REGIONE	▪ Dare obiettivi, indirizzi tecnici e requisiti strutturali-organizzativi ▪ Supporto alla Clinical governance ▪ Dare gli strumenti gestionali innovativi	- Coordinamento regionale dei professionisti - Centralizzazione degli acquisti e delle attività "non sanitarie" delle Aziende.	DIRS, ARS, CSC, Conferenza permanente	√ Pianificazione √ Linee per la gestione √ Linee Guida √ Percorsi diagnostici √ Protocolli √ Il Centro servizi
AREA VASTA	▪ Organizzatore dell'attività sanitaria, in funzione del bisogno. ▪ Strumento di governo dell'offerta pubblica e privata	- Garantire la continuità assistenziale al cittadino limitando la mobilità sanitaria	Conferenza e Comitato	√ Accordo di AV
OSPEDALI	▪ Produttore di attività sanitaria (efficiente, efficace, di qualità) ▪ "eccellenza diffusa", attraverso la definizione della rete di ospedali.	- Fornitura di offerta integrata tra AO e Presidi (modello Hub and Spoke) con alti standard di sicurezza, economia e qualità nell'ottica di programmazione dell'offerta a livello di area vasta.	Atto aziendale	√ PAO
ASS	▪ Attua le indicazioni regionali ▪ Gestore delle risorse assegnate complessivamente		Atto aziendale	√ PAL
DISTRETTO	▪ Lettura del bisogno della popolazione ▪ Governo della domanda ▪ Erogatore delle prestazioni sociosanitarie	- Garantire la salute della popolazione che insiste nel proprio distretto/ambito.	-Organizzazione: responsabili, staff, UCAD, sistema informativo. - Rapporti con i MMG	√ Gestione diretta delle risorse. √ Pianificazione e programmazione integrata con il SSC e con gli attori della governance locale. √ Metodologia e competenze per la community needs assestment. √ Linee guida regionali per la definizione di strumenti per la presa in carico integrata.

PIANO SANITARIO E SOCIOSANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2006 – 2008

- stato di attuazione -

	Ruolo	Strumenti	Attuazione
REGIONE	▪ Dare obiettivi, indirizzi tecnici e requisiti strutturali-organizzativi ▪ Supporto alla Clinical governance ▪ Dare gli strumenti gestionali innovativi	√ Pianificazione √ Linee per la gestione √ Linee Guida √ Percorsi diagnostici √ Protocolli √ Il Centro servizi	- Sono stati emanati i documenti previsti dalla 49, ma con evidenti ritardi (es: linee e consolidati preventivi). - L'utilizzo di linee guida/percorsi/protocolli regionali condivisi non è entrato pienamente a regime per difficoltà nel mettere insieme più professionisti e per difficoltà ad implementarle nell'azienda, ai vari livelli. - Non sono stati prodotti alcuni documenti propedeutici allo sviluppo dell'attività delle aziende (piani di settore, linee guida). - E' iniziata la centralizzazione degli acquisti e di altre procedure e attività.
AREA VASTA	▪ Organizzatore dell'attività sanitaria, in funzione del bisogno. ▪ Strumento di governo dell'offerta pubblica e privata	√ Accordo di AV	- L'area vasta si è dotata dell'organizzazione richiesta - Gli accordi vengono sottoscritti ma sono svincolati dal percorso programmatorio della LR 49/96. - Gli ambiti di intervento sono stati limitati (soprattutto l'ambulatoriale) e soprattutto in occasione di progettualità specifiche: tempi d'attesa, piano della riabilitazione.
OSPEDALI	▪ Produttore di attività sanitaria (efficiente, efficace, di qualità) ▪ "Eccellenza diffusa"	√ PAO	- Il modello di offerta coordinata e guidata in rete generalmente non è attivo. - L'obiettivo di ridefinizione di alcune strutture è stato raggiunto con la fusione delle strutture del polo sanitario udinese e con la ridefinizione organizzativa di quello triestino, mentre non è stato raggiunto quello che attiene alle riorganizzazioni interne per alcune discipline strategiche
A.S.S.	▪ Attua le indicazioni regionali ▪ Gestore delle risorse assegnate complessivamente	√ PAL	
DISTRETTO	▪ Lettura del bisogno della popolazione ▪ Governo della domanda ▪ Erogatore delle prestazioni sociosanitarie	√ Gestione diretta delle risorse. √ Pianificazione e programmazione integrata con il SSC e con gli attori della governance locale. √ Metodologia e competenze per la community needs assestment. √ Linee guida regionali per la definizione di strumenti per la presa in carico integrata.	- Non è stata realizzata. - Si è completato il primo ciclo di pianificazione integrata. Il percorso ha richiesto un grosso investimento di risorse ed energie, ma quasi tutti i progetti sottoscritti non hanno avuto seguito. - Parzialmente fornite, ma in ritardo rispetto ai tempi previsti per poter esercitare il ruolo e utilizzare gli strumenti di pianificazione integrata. - Gli strumenti innovativi previsti dal piano non hanno ancora una definizione normativa, anche se i contenuti sono noti e condivisi dai territori. In particolare in sede di attuazione dei PAT/PDZ alcuni territori li hanno già sperimentati.

3. Spesa sanitaria, investimenti e azioni strumentali

3a. Spesa sanitaria

La situazione economica del Servizio Sanitario Regionale dal 2006 al 2008

In relazione alla situazione economica rappresentata dai bilanci consuntivi del Servizio Sanitario Regionale, si osserva che durante il triennio 2006 – 2008 il S.S.R. ha ottenuto risultati economici positivi. La tabella 1 riepiloga i costi complessivi del Servizio Sanitario Regionale (costi della produzione dal bilancio consuntivo) ed i risultati economici dei bilanci consuntivi consolidati suddivisi per anno. Tale risultato positivo è stato ottenuto grazie a due fattori:

- predisposizione di una programmazione regionale coerente con le risorse assegnate;
- verifica e controllo durante l'anno tramite gli strumenti di monitoraggio, rendiconti trimestrali secondo la L.R. 49/96 e monitoraggio direzionale mensile.

Tabella 1- Costi complessivi del SSR e risultati economici consolidati (€)

Anno	2006	2007	2008
Costi della produzione da bilancio consolidato	2.252.532.401	2.323.346.743	2.462.888.166
Risultato economico	1.782.285	19.343.772	17.297.097

L'andamento delle principali voci di spesa del costo della produzione

La tabella 2 evidenzia per i principali fattori produttivi la dinamica dei costi del triennio in esame. In dettaglio si osserva che i beni, con particolare riferimento ai farmaci ospedalieri, hanno evidenziato un tasso di crescita superiore alle altre voci di spesa. Tale situazione è stata determinata soprattutto dalle dinamiche di crescita dei farmaci oncologici, immunoterapici e ematologici.

Si osserva ancora che la spesa per la farmaceutica convenzionata è risultata in regressione rispetto al 2006. Tale risultato è dipeso sia dalla normativa nazionale sugli sconti, sia da azioni intraprese dalle Aziende (distribuzione diretta, distribuzione per conto), che di fatto hanno contribuito alla diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata.

In relazione al costo del personale si osserva che i bilanci consuntivi al 31/12/2008 già comprendono gli effetti contrattuali dei rinnovi in scadenza, anche se non ancora liquidati (accantonamenti). Con riferimento al personale nella tabella 3 si evidenzia oltre alla dinamica dei costi, anche la variazione della forza lavoro presente nel S.S.R.

Tabella 2 – Spesa per i principali fattori produttivi

	Anno			Variazi oni %		
Voci	2006	2007	2008	2007-06	2008-07	Media annua
Beni	283.788.663	305.214.766	330.292.451	7,55	8,22	7,9
Servizi	609.167.370	644.255.152	702.149.343	5,76	8,99	7,4
Farmaceutica	256.044.579	252.328.308	244.988.979	-1,45	-2,91	-2,2
Personale	959.633.196	978.944.926	1.019.741.789	2,01	4,17	3,1

Tabella 3- Personale dipendente

Anno	31-12-2006	31-12-2007	31-12-2008	Variazione % 2006 - 2007	Variazione % 2007 -2008
N° dipendenti	19.548	19.834	20.194	1,46	1,82

Infine la tabella 4 riepiloga i valori inseriti nel bilancio consuntivo consolidato alla voce Contributi dalla Regione. Si osserva che tale posta contabile comprende anche i contributi erogati per le acquisizioni con lo strumento del leasing.

Tabella 4 – Contributi dellaRegione

Anno	2006	2007	2008	Variazione % 2006 - 2007	Variazione % 2007 -2008
Contributi €	1.990.763.558	2.039.930.062	2.166.643.205	+ 2,47	+ 6,21

3b. Gli investimenti

Le risorse

Nella tabella seguente sono riassunte le risorse a disposizione per gli investimenti delle Aziende del Servizio sanitario regionale nel triennio 2006-2008:

	2006	***2007***	***2008***	***Totale***
Conto capitale regionale a)	55.016.627,77	32.885.623,00	37.548.700,00	(125.450.950,77(b)
Leasing/liquidità di cassa (c)	40.965.300,00	28.917.100,00	24.475.680,00	94.358.080,00
Fondi statali	-	4.641.580,00	-	4.641.580,00
Fondi propri	7.335.900,00	3.935.000,00	10.092.120,00	21.363.020,00
Altro	1.560.972,23	-	-	1.560.972,23
Totale	***104.878.800,00***	***70.379.303,00***	***72.116.500,00***	***247.374.603,00***

(importi espressi in euro)

a) Gli importi indicati nella presente tabella si riferiscono alle quote di conto capitale regionale programmato nei singoli anni e non alla effettiva disponibilità di conto capitale regionale derivante dai bilanci regionali nelle relative annualità.

b) La disponibilità complessiva da bilancio regionale nel triennio 2006-2008 (capitoli 4398 e 4399) è stata pari a 140.821.501,91 (già diminuita dei fondi dell'anno 2007 non impegnati dall'AOU di Udine e pertanto non più disponibili), cui vanno aggiunti 114.801,91 euro residuanti dall'esercizio 2005 programmati nel piano 2006 e 15.485.353,05 euro dell'esercizio 2008 programmati nel piano 2009.

c) Gli importi indicati nella presente tabella rappresentano già la effettiva disponibilità delle Aziende per acquisizioni in leasing e acquisti in ammortamento mediante utilizzo della liquidità di cassa, dopo il riallineamento degli acquisti operato alla data del 31.12.2008; pertanto, sono inferiori rispetto ai corrispondenti importi di cui alle delibere di Giunta regionale di approvazione dei piani annuali degli investimenti.

Nel corso del triennio si è manifestata la disponibilità di ulteriori fondi statali attribuiti alla Regione per investimenti in sanità, in prosecuzione del programma ex art. 20 della legge 68/1988, per i quali è stata avviata la valutazione in merito all'utilizzo.

A partire dal 2006 e fino al 2008, in alternativa rispetto al conto capitale, sono state introdotte le modalità di finanziamento in leasing e in ammortamento mediante acquisti in liquidità di cassa per le acquisizioni di beni mobili e tecnologie: ciò, assieme alle nuove modalità di acquisto centralizzate e unificate, ha comportato la necessità iniziale di

modificare le procedure di acquisizione da parte delle Aziende e del CSC e ha contribuito a un calo delle acquisizioni nel 2006, che si sono poi gradualmente riprese nel 2007 e nel 2008.
Nel 2008, verificata la eccessiva onerosità finanziaria e gestionale del leasing, si è scelto di non utilizzare ulteriormente tale strumento finanziario quale modalità ordinaria per il finanziamento degli investimenti, fatte salve specifiche valutazioni per l'acquisizione di tipologie particolari di beni mobili e tecnologie. Per quanto le acquisizioni mediante liquidità di cassa con conseguenti oneri annui di ammortamento, sono state autorizzate nella misura resa possibile dall'effettiva disponibilità di cassa.
Per effetto di tale riallineamento, effettuato alla data del 31.12.2008, il valore effettivo disponibile per acquisizioni è stato inferiore rispetto a quanto approvato nei piani consolidati annuali.

Gli interventi

Nei programmi annuali delle acquisizioni di beni mobili e tecnologie sono compresi gli investimenti necessari per il rinnovo della dotazione tecnologica e l'introduzione di nuove tecnologie sia nel settore ospedaliero che in quello territoriale.
Per le Aziende nelle quali erano in corso o in fase di completamento interventi di nuova edificazione e ristrutturazione complessiva della sede ospedaliera gli investimenti sono stati orientati prioritariamente all'acquisizione degli arredi e delle attrezzature necessarie alle nuove sedi (Ospedale S.Giovanni di Dio di Gorizia, nuovo edificio destinato a degenze presso l'IMFR Gervasutta di Udine, emilato via Slataper-piazza Ospedale dell'Ospedale Maggiore di Trieste, sale operatorie e terapia intensiva presso la Piastra dell'Ospedale di Cattinara, etc.).
Nel corso del triennio si è dato attuazione ai seguenti progetti regionali:

- Per quanto riguarda la rete radiomobile 118, il bilancio regionale 2008 ha reso disponibile un finanziamento in conto capitale dell'importo di 6 milioni di euro (attribuiti direttamente alla Protezione Civile regionale) finalizzato alla realizzazione del nuovo sistema radiomobile digitale regionale integrato, per consentire un approccio unitario sul rinnovo della rete radiomobile con gli altri utilizzatori di reti radio e riunire in un unico investimento regionale le esigenze di tecnologie digitali innovative. È stata, inoltre, elaborata la progettazione del nuovo sistema per la messa in sicurezza e rinnovo dell'attuale rete radiomobile analogica per l'emergenza sanitaria con il finanziamento, in leasing, di circa 3,4 milioni di euro, già programmati.
- Per quanto riguarda il sistema PACS regionale, è stato attivato un gruppo di lavoro multidisciplinare che ha elaborato uno studio sulla diffusione dei sistemi PACS nelle strutture sanitarie regionali e sulla fattibilità di una progettualità per un impianto regionale; tale progetto è stato approvato dalla Giunta regionale nel 2007. Successivamente in ciascuna Azienda è stato condotto, d'intesa con il gruppo di lavoro aziendale, il censimento delle condizioni tecnologiche della strumentazione diagnostica, delle situazioni organizzative, di produzione, di dotazione tecnologica, di infrastruttura telematica e dei sistemi informativi, e dei volumi di attività nei settori di pertinenza del sistema; a livello centrale è stato definito il modello organizzativo e il relativo flusso di lavoro da attuare nelle varie aziende in concomitanza con l'installazione e avvio dei sistemi PACS locali. Nel corso del 2008 è stata avviata la

procedura di gara per la fornitura dei sistemi PACS locali.

- Si è consolidata l'attività di coordinamento a cura dell'ARS nel settore delle tecnologie biomediche nell'analisi e nella verifica di unificabilità del fabbisogno e nella definizione dei requisiti tecnici e prestazionali dei beni e dei servizi da acquisire con gare unificate da parte del CSC.
- Si è consolidata la collaborazione con la Direzione Dispositivi Medici e Farmaci del Ministero della Salute e nell'ambito della Commissione Unica dei Dispositivi medici (CUD) – ex art. 57 L. n. 289/2002 – finalizzata prima alla creazione e successivamente alla revisione annuale della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici e di produzione di strumenti complementari e integrativi finalizzati ad agevolarne l'uso. È proseguita l'attività di mantenimento e aggiornamento della Banca dati CIVAB – OPT (codifica CIVAB e aggiornamento BDTB). L'ARS ha garantito, inoltre, il contributo operativo al Ministero della Salute e alla Commissione Unica sui Dispositivi Medici nelle attività di monitoraggio di determinati settori di dispositivi medici finalizzato alla razionalizzazione della spesa sostenuta dal SSN In tale ambito sono state definite con gli enti coordinatori dei rispettivi progetti (AGENAS e ISS) le modalità, le procedure e gli strumenti operativi per la realizzazione dei programmi.

Anche per quanto riguarda la parte edilizia e impiantistica, nella DGR 901/2006 e nel piano 2006-2008 erano state originariamente previste anche modalità di finanziamento diverse rispetto al conto capitale regionale, in particolare il leasing immobiliare e la finanza di progetto: alla fine del 2008 la Giunta regionale ha stabilito che gli investimenti sugli immobili possono essere finanziati unicamente in conto capitale e, limitatamente agli interventi di maggior rilevanza, mediante finanza di progetto.
Per quanto riguarda gli investimenti edili e impiantistici, nella seguente tabella sono rappresentati alcuni interventi di rilievo compresi nel programma delle opere di cui alla DGR 901/2006, così come individuati nel piano 2006-2008, con i relativi avanzamenti e la descrizione delle eventuali modifiche intervenute nel triennio:

AOU di Trieste e IRCCS Burlo di Trieste: Comprensorio di Cattinara: Ristrutturazione e adeguamento dell'Ospedale di Cattinara e nuova sede del Burlo	- A seguito della stipula dell'Accordo di programma per l'approvazione degli strumenti urbanistici necessari per la realizzazione delle opere nel Comprensorio, le due Aziende hanno avviato la definizione dei contenuti progettuali e la redazione dei documenti per consentire l'avvio della gara per l'affidamento mediante finanza di progetto
AOU di Trieste: Ristrutturazione dell'Ospedale Maggiore (emilato piazza Ospedale e via Slataper) e nuovo polo tecnologico	- Secondo cronogramma sono stati avviati e sono in fase di conclusione i lavori relativi al II lotto - I fase della ristrutturazione del quadrilatero (emilato via Slataper / Piazza Ospedale); di seguito alla conclusione dei lavori della I fase verrà avviata la II fase (ristrutturazione della restante parte dell'emilato e realizzazione del nuovo poletto tecnologico)
AO di Udine e PUGD di Udine: Riqualificazione del Polo ospedaliero udinese	- Il completamento del I lotto e del II lotto, la realizzazione della centrale tecnologica, dell'edificio laboratori e delle gallerie di collegamento hanno subito un rallentamento: l'Azienda sta valutando le modalità di ricognizione e parziale novazione del rapporto concessorio in essere con il Consorzio Edilsa per la realizzazione e il completamento delle opere di I e II lotto Non è stata avviata la progettazione del III lotto del nuovo ospedale
AO di Pordenone: Riqualificazione dell'Ospedale di Pordenone	- Entro la fine del 2007 è stato completato il progetto esecutivo per la realizzazione del nuovo edificio degenze e servizi sanitari nell'ambito dell'attuale comprensorio ospedaliero.

	Dopo un approfondimento in merito alle modalità di prosecuzione degli investimenti previsti nella città di Pordenone, la Giunta regionale sta valutando di modificare, con specifico provvedimento, parte dei contenuti della DGR 901/2006, di procedere alla nuova edificazione dell'Ospedale di Pordenone in località Comina del Comune di Pordenone e di utilizzare la finanza di progetto per la realizzazione e finanziamento dell'opera Sono state comunque realizzate parte delle opere propedeutiche, necessarie per il mantenimento dell'attività nella sede attuale
IRCCS CRO di Aviano Ampliamento e adeguamento normativo	- Sono stati avviate le opere di ampliamento, ristrutturazione e adeguamento normativo (compreso l'adeguamento antisismico) del blocco degenze dell'ospedale
ASS 2: Ospedale S.Giovanni di Dio di Gorizia	- L'ospedale S.Giovanni di Dio è stato completato e attivato nel dicembre del 2008; restano da portare a termine i collaudi tecnico amministrativi dell'intervento principale e da realizzare delle opere di completamento
ASS 3: Ospedale di Tolmezzo	- I lavori relativi al II lotto -V e VII progetto- (area materno-infantile, degenze lato ovest, adeguamento strutturale) sono stati avviati nel corso del 2007 e sono proseguiti nel 2008 secondo cronogramma
ASS 4: – Ospedale di S.Daniele Ristrutturazione e accreditamento della struttura – IMFR Gervasutta di Udine – Hospice di Udine	– È stata completata entro il 2008 la progettazione del nuovo Padiglione S (I lotto) e indetta la gara di appalto per la realizzazione dei lavori. A fine 2008, con l'approvazione delle Linee per la gestione per il 2009, è stata modificata la previsione di copertura finanziaria dell'opera, passando dal leasing immobiliare al finanziamento in conto capitale regionale È stato aggiornato il progetto preliminare generale degli interventi di adeguamento normativo e funzionale dell'Ospedale – È stato ultimato e collaudato il padiglione Degenze (I lotto); l'Azienda ha approvato la revisione del progetto preliminare generale dell'intero intervento di ristrutturazione e ampliamento della Struttura – La progettazione dell'hospice di Udine non è stata conclusa: l'ASS n. 4 ha affiancato la Fondazione Morpurgo-Hoffmann in una nuova fondazione che ha come scopo istituzionale la realizzazione di un edificio da adibire a hospice e RSA per la città di Udine; il Comune di Udine ha proposto un nuovo sito per la realizzazione della struttura: una volta concordato con le parti le modalità di prosecuzione dell'intervento, verrà riavviato l'iter progettuale e realizzativo
ASS 5: Ospedale di Latisana	- Le opere relative all'adeguamento strutturale, impiantistico e funzionale del Padiglione Chirurgico (II e III lotto) non sono ancora state avviate: dopo l'aggiudicazione della gara di progettazione esecutiva e realizzazione delle opere, l'iter progettuale e realizzativo dell'opera ha subito notevoli rallentamenti; a fine 2008 l'Azienda ha completato la definizione degli adeguamenti da apportare nel progetto esecutivo e verifica dei rapporti contrattuali con l'ATI aggiudicataria Visto il ritardo nella progettazione esecutiva dei precedenti lotti, non è stata avviata la progettazione delle opere successive
ASS 6: – Ospedale di S.Vito al Tagliamento – Cittadella della Salute di Pordenone	– Il II lotto non è stato completato: parte delle opere sono in fase di realizzazione, parte devono essere avviate Non è stata avviata la progettazione e la realizzazione dei lavori di III lotto – L'ASS n. 6 ha approvato il progetto preliminare della Cittadella della Salute di Pordenone. Conseguentemente alle decisioni in merito al nuovo ospedale di Pordenone, si sta valutando la possibilità di modificare anche l'ubicazione della Cittadella, all'interno dell'attuale comprensorio ospedaliero di Pordenone

Per quanto riguarda il coordinamento delle fasi progettuali delle opere comprese nel programma sopra riportato, in attuazione di quanto previsto nella deliberazione della GR n. 1531/2004 avente per oggetto la "Gestione delle commesse di progettazione e

realizzazione delle opere di edilizia ospedaliera e sanitaria di rilievo regionale", su indicazione della Giunta stessa il gruppo di commessa si è attivato durante le fasi progettuali relative all'ospedale di Pordenone e in parte del percorso finora attuato dall'AOU di Trieste e dall'IRCCS Burlo di Trieste per le opere di riordino della rete ospedaliera triestina da realizzarsi presso il Comprensorio di Cattinara.

3 c. Il sistema informativo

Con il piano strategico regionale 2005/2008, approvato con D.G.R n 471 del 11.3.2005, la Regione ha inteso di costruire un sistema informatico/informativo unitario integrato tra area sanitaria e sociosanitario, in grado di raccogliere i dati del sistema sanitario e di quello dei servizi sociali.
Con la DGR 3404 del 29-12-2005, tenuto conto che con l'acquisto dell'intero pacchetto azionario da parte della Regione, la società Insiel è diventata una società strumentale della Regione stessa, sono state definite nuove regole del SISTEMA INFORMATIVO SOCIO SANITARIO REGIONALE, in cui veniva assegnata all'ARS la competenza di recepire le esigenze ed i fabbisogni espressi dalle Aziende sanitarie regionali e dal Centro servizi condivisi e assicurare gli sviluppi del servizio alle strutture delegate all'assistenza sociosanitaria.
I soggetti istituzionali coinvolti nella fase di orientamento e progettazione del SISSR erano la DCSPS, l'ARS, il CSC, e le Aziende Sanitarie Regionali.
Le indicazioni dei soggetti istituzionali si traducevano operativamente nella realizzazione di applicazioni alcune a valenza regionale ed altre a valenza aziendale. I requisiti funzionali e la ripartizione dei costi dell'intero ciclo di vita di entrambe le tipologie di applicazioni venivano riportate nei piani annuali di sviluppo e conduzione.
L'intero processo veniva presidiato da un gruppo di referenti dei sistemi informativi coordinato dall'ARS e costituito da un rappresentate di ogni azienda, del CSC, e della DCSPS, che aveva il compito di indicare e approvare le attività, anche di dettaglio, dei piani prima che questi venissero sottoposti all'approvazione dei Direttori Generali delle Aziende, in sede di Comitato di Regia, e della Giunta Regionale.

I macro obiettivi del SISSR erano:
- Aumentare il livello di informatizzazione a livello di aziende sanitarie e ospedaliere attivando tutti i sistemi gestionali attualmente disponibili
- Migliorare l'interoperabilità tra i sistemi, predisponendo delle procedure di integrazione e raccogliendo in una unica basedati gli eventi regionali, sanitari e socio-sanitari
- Avviare progetti a valenza regionale (cup, anagrafe, firma digitale e conservazione, pacs,…)

Le criticità del sistema evidenziate dal sistema sono:

- una non chiara e tempestiva definizione degli obiettivi aziendali, dovuta anche alla mancanza di un preciso mandato della società "in house" ed alla sua riorganizzazione, con conseguente demotivazione del personale,
- difficoltà nel monitoraggio dell'attuazione del piano di sviluppo,
- ritardi nella consegna degli sviluppi ,
- indicazioni quali/quantitative del Piano esecutivo del SISSR non sempre allineate alla capacità produttiva di Insiel ed alla capacità di presidio organizzativo da parte delle strutture competenti
- continue revisioni strutturali (server farm, reti,…) bloccano i sistemi per tempi tali da mettere in crisi l'operatività delle strutture sanitarie.

3d. Le politiche delle risorse umane

I temi evidenziati nel triennio sono stati i seguenti:

1) valorizzazione delle professioni sanitarie:
    a) è stata approvata e parzialmente attuata la LR 10/07 ed il DPCM 25.1.08
    b) è stato pensato ed è in via di sperimentazione il progetto dell'inserimento OSS con formazione complementare.

    L'accesso alla dirigenza delle professioni sanitarie, che si limita a trasformare gli attuali referenti aziendali delle medesime in altrettanti dirigenti, rischia di lasciare inalterata l'organizzazione esistente.

2) gestione fondi contrattuali: nel corso degli anni successivi alla prima perequazione regionale dei fondi contrattuali si è nuovamente allargata la forbice delle differenze retributive del personale del SSR in particolare per il fondo della posizione; per le aziende ospedaliero universitarie la problematica è stata ancora più sentita.

3) sistema di valutazione del personale: la maggior parte delle aziende non utilizza lo strumento della valutazione dei dirigenti come metodo di miglioramento delle performance, ma solo come esercizio per adempiere alla normativa ed ai contratti.

4) valorizzazione degli apparati amministrativi: La programmazione dell'accentramento delle funzioni amministrative, prevista della pianificazione 2006-2008, ha anche avuto come effetto critico una scarsa attenzione delle Aziende alla valorizzazione del personale del ruolo amministrativo. E' necessario che diventi una priorità dotare il personale amministrativo non semplicemente di conoscenze e competenze per l'applicazione di leggi e norme contrattuali, ma di conoscenze e competenze che rendano in grado di misurarsi con problemi quali la progettazione delle strutture, l'impiego efficiente e flessibile delle risorse, l'analisi dei fabbisogni, le politiche di

sviluppo professionale, il benessere organizzativo, l'analisi dei bisogni formativi e la pianificazione degli interventi.

5) Formazione continua e sistema ECM regionale

Obiettivo fissato e risultato atteso	Situazione al 2008
1. Avvio del sistema di monitoraggio dei crediti formativi	Tutte le Aziende sanitarie/ospedaliere/IRCCS della Regione utilizzano il sistema informativo regionale GFOR
2. Sviluppo del sistema ECM	Tutte le Aziende sanitarie e le Case di cura private accreditate della Regione utilizzano il sistema di accreditamento ECM regionale sia per la formazione residenziale che per la formazione sul campo
3. Accreditamento a provider	Non ancora definiti i requisiti minimi a livello nazionale. Sono state svolte attività preliminari: revisione modulistica dei partecipanti alle attività formative, individuazione obiettivi formativi regionali
4. Avvio operativo della Consulta ECM	La Consulta ha collaborato alla individuazione degli obiettivi formativi regionali, in particolare per le professioni sanitarie per le quali non risultava una adeguata offerta formativa

3e.- L'accreditamento

E' stata svolta l'attività di accreditamento istituzionale della diagnostica per immagini, della diagnostica di laboratorio, dei servizi immunotrasfusionali.
Per il 2009 è previsto il completamento dell'accreditamento della Procreazione medicalmente assistita, della nefrologia e dialisi e della medicina dello sport.
In sette Aziende è in corso di svolgimento l'attività volontaria di accreditamento con enti internazionali (JCI o Canadian Accreditation.).
E' stata finora svolta attività di vigilanza straordinaria (ex. Art 8 LR 9/08) su venti strutture regionali.
Non è stato ancora definito completamente il processo regionale di accreditamento.

3f.- Il punto di vista del cittadino

E' stato avviato e completato il primo ciclo dell'audit civico.
Le associazioni dei consumatori sono state coinvolte in numerose iniziative ed in particolare in quelle inerenti il progetto sul contenimento dei tempi di attesa.
La soddisfazione dei cittadino è stata inserita all'interno di strumenti generali della valutazione dei servizi della regione. Non è stata avviata ancora l'indagine prevista dal piano.

4. Alcuni dati

Regione Friuli Venezia Giulia
POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31-12

Valori assoluti / Valori Percentuali

AREA VASTA		2004	2005	2006	2007	2008		2004	2007	2008
AV TS-GO	0-14	41.786	42.111	42.476	42.865	43.424		10,9	11,2	11,4
	15-64	244.221	241.479	239.631	238.993	238.441		63,9	62,6	62,4
	65-74	48.522	49.327	49.877	50.147	50.376		12,7	13,1	13,2
	75-(+)	47.585	48.503	49.053	49.563	49.852		12,5	13,0	13,0
	TOTALE	**382.114**	**381.420**	**381.037**	**381.568**	**382.093**		100,0	100,0	100,0
AV UD	0-14	62.899	63.609	64.365	65.283	66.165		11,9	12,2	12,3
	15-64	352.768	351.180	349.960	351.078	351.967		66,8	65,5	65,2
	65-74	58.019	59.383	60.826	62.136	63.266		11,0	11,6	11,7
	75-(+)	54.755	55.671	56.626	57.452	58.250		10,4	10,7	10,8
	TOTALE	**528.441**	**529.843**	**531.777**	**535.949**	**539.648**		100,0	100,0	100,0
AV PN	0-14	38.502	39.326	40.297	41.395	42.474		12,9	13,5	13,6
	15-64	200.719	200.777	202.226	204.172	206.685		67,5	66,4	66,2
	65-74	29.714	30.608	31.305	31.997	32.757		10,0	10,4	10,5
	75-(+)	28.380	28.929	29.374	29.900	30.255		9,5	9,7	9,7
	TOTALE	**297.315**	**299.640**	**303.202**	**307.464**	**312.171**		100,0	100,0	100,0
FVG	0-14	143.187	145.046	147.138	149.543	152.063		11,9	12,2	12,3
	15-64	797.708	793.436	791.817	794.243	797.093		66,0	64,8	64,6
	65-74	136.255	139.318	142.008	144.280	146.399		11,3	11,8	11,9
	75-(+)	130.720	133.103	135.053	136.915	138.357		10,8	11,2	11,2
	TOTALE	**1.207.870**	**1.210.903**	**1.216.016**	**1.224.981**	**1.233.912**		100,0	100,0	100,0

Numero indice 100=2004

AV TS GO	100,0	99,8	99,7	99,9	100,0
AV UD	100,0	100,3	100,6	101,4	102,1
AV PN	100,0	100,8	102,0	103,4	105,0
FVG	100,0	100,3	100,7	101,4	102,2

Regione Friuli Venezia Giulia
Verifica del PSSR 2006-2008
OSPEDALIZZAZIONE

Tasso grezzo di ospedalizzazione dei residenti in ospedali pubblici e privati intra ed extraregionali

Azienda	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
ASS 1 Triestina	179,8	178,9	173,9	169,8	100	99,50	96,70	94,45
ASS 2 Isontina	160,2	159,7	160,0	165,8	100	99,66	99,88	103,49
ASS 3 Alto Friuli	154,6	155,9	151,7	153,5	100	100,85	98,13	99,31
ASS 4 Medio Friuli	159,8	159,8	160,6	160,9	100	100,00	100,53	100,70
ASS 5 Bassa Friulana	151,9	152,0	155,3	156,5	100	100,04	102,25	103,04
ASS 6 Friuli Occid.	161,5	154,6	154,6	153,6	100	95,73	95,72	95,13
Regione	**163,2**	**161,3**	**160,6**	**160,5**	**100**	**98,84**	**98,41**	**98,36**

Criterio di calcolo:SDO dei residenti dimessi dalle strutture sanitarie pubbliche e private regionali ed extraregionali esclusi i DRG 391 (nati sani) e i paganti in proprio delle strutture private/Popolazione residente in FVG * 1.000

Tasso grezzo di ospedalizzazione complessivo (intraregionale) — Numeri indici

AZIENDA RESIDENZA	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
ASS 1	173,2	174,4	167,9	162,9	100	100,68	96,95	94,07
ASS 2	149,4	149,1	149,0	155,3	100	99,78	99,76	103,95
ASS 3	145,5	146,5	142,8	144,3	100	100,69	98,11	99,18
ASS 4	150,1	150,7	150,7	151,6	100	100,39	100,40	100,95
ASS 5	137,7	137,8	141,4	142,3	100	100,04	102,69	103,32
ASS 6	140,8	134,1	136,6	137,4	100	95,23	97,03	97,58
FVG	**150,9**	**149,6**	**149,0**	**149,3**	100	99,14	98,75	98,96

Esclusi DGR 391 (neonati sani) e i ricoveri presso ospedali extraregione

Tasso ospedalizzazione > 64 anni (intraregionale) — Numeri indici

AZIENDA RESIDENZA	2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008
ASS 1	352,6	352,3	337,2	327,4	100	99,94	95,64	92,85
ASS 2	296,5	296,3	296,2	317,5	100	99,91	99,87	107,06
ASS 3	296,6	280,4	283,5	281,2	100	94,54	95,59	94,79
ASS 4	307,2	313,5	313,5	320,7	100	102,06	102,05	104,39
ASS 5	291,2	290,5	301,9	300,3	100	99,75	103,68	103,14
ASS 6	310,9	285,7	288,2	301,0	100	91,89	92,71	96,83
FVG	**315,4**	**310,4**	**308,5**	**313,3**	100	98,41	97,81	99,34

ATTRAZIONE E FUGA EXTRAREGIONALE DEI RICOVERI

Numeri indici

FUGA	2005	2006	2007	2005	2006	2007
ASS 1	2.309	2.256	2.117	1,00	0,98	0,92
ASS 2	1.562	1.621	1.614	1,00	1,04	1,03
ASS 3	699	751	688	1,00	1,07	0,98
ASS 4	3.524	3.671	3.647	1,00	1,04	1,03
ASS 5	1.595	1.619	1.598	1,00	1,02	1,00
ASS 6	6.357	6.447	5.752	1,00	1,01	0,90
Totale FUGA	16.046	16.365	15.416	1,00	1,02	0,96

Attrazione	21.283	21.466	22.006	1,00	1,01	1,03

Saldo	5.237	5.101	6.590	1,00	0,97	1,26

Regione Friuli Venezia Giulia
Verifica del PSSR 2006-2008

Attività di ricovero presso gli Ospedali pubblici e privati

Attività complessiva	2005	2006	2007	2008	Numeri indici 2005	2006	2007	2008
Posti letto	5.365	5.365	5.330	5.337	100	100,00	99,35	99,48
Ricoveri	204.008	203.391	204.552	207.020	100	99,70	100,27	101,48
Giornate di degenza	1.369.944	1.400.782	1.413.863	1.434.935	100	102,25	103,21	104,74
Durata degenza	6,7	6,9	6,9	6,9	100	102,56	102,93	103,22
Tasso occupazione PL	70,0	71,5	72,7	73,7	100	102,25	103,88	105,29

Ordinari	2005	2006	2007	2008	Numeri indici 2005	2006	2007	2008
Posti letto	4.826	4.832	4.799	4.801	100	100,12	99,44	99,48
Ricoveri	156.540	155.842	156.494	155.476	100	99,55	99,97	99,32
Giornate di degenza	1.218.875	1.236.719	1.243.078	1.254.660	100	101,46	101,99	102,94
Durata degenza	7,8	7,9	7,9	8,1	100	101,92	102,02	103,64
Tasso occupazione PL	69,2	70,1	71,0	71,6	100	101,34	102,56	103,47

Day Hospital	2005	2006	2007	2008	Numeri indici 2005	2006	2007	2008
Posti letto	539	533	531	536	100	98,89	98,52	99,44
Ricoveri	47.468	47.549	48.058	51.544	100	100,17	101,24	108,59
Giornate di degenza	151.069	164.063	170.785	180.275	100	108,60	113,05	119,33
Durata degenza	3,2	3,5	3,6	3,5	100	108,42	111,66	109,90
Tasso occupazione PL	112,1	123,1	128,7	134,5	100	109,82	114,75	120,00

Esclusi DGR 391 (neonati sani)

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
Verifica del PSSR 2006-2008

ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE

PRESTAZIONI EROGATE DA EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI
Tutte le prestazioni

	2005	2006	2007	2008
Strutture pubbliche	13.667.851	14.196.523	14.335.367	15.091.985
Strutture private	1.839.842	2.047.224	2.125.988	2.302.738
Totale in strutture regionali	15.507.693	16.243.747	16.461.355	17.394.723

Solo Strutture pubbliche	100,0	103,9	104,9	110,4
Solo Strutture private	100,0	111,3	115,6	125,2
Totale in strutture regionali	100,0	104,7	106,1	112,2

% in Strutture pubbliche	88,1	87,4	87,1	86,8

PRESTAZIONI PER RESIDENZA DELL'ASSISTITO
TUTTE LE PRESTAZIONI

	Pop. 2008	Prestaz 2008	Procapite
AV TS-GO	382.093	5.647.694	14,8
AV UD	539.648	7.224.915	13,5
AV PN	312.171	3.920.286	12,8
Regione	1.233.912	16.792.895	13,7

TUTTE TRANNE PRESTAZIONI DI LABORATORIO

	Pop. 2008	Prestaz 2008	Procapite
AV TS-GO	382.093	1.743.719	4,6
AV UD	539.648	1.879.141	3,5
AV PN	312.171	857.867	2,8
Regione	1.233.912	4.480.727	3,7

PRESTAZIONI DI LABORATORIO

	Pop. 2008	Prestaz 2008	Procapite
AV TS-GO	382.093	3.903.975	10,2
AV UD	539.648	5.345.774	10,0
AV PN	312.171	3.062.419	10,0
Regione	1.233.912	12.312.168	10,1

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
Verifica del PSSR 2006-2008

Personale dipendente delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale

Assegnazione	31/12/2005	31/12/2008	Differenza	Diff. %
Direzione	3.218	3.066	-152	-4,7
Territorio	3.645	3.869	224	6,1
Ospedale	12.903	13.259	356	2,8
TOTALE	19.766	20.194	428	2,2

	31/12/2005	31/12/2008	Differenza	Diff. %
Ruolo sanitario	13.384	13.741	357	2,7
di cui:				
Medici - Veterinari	2.810	2.929	119	4,2
Altri Laureati Sanitari	369	391	22	6,0
Altri ruolo sanitario	10.205	10.421	216	2,1
Ruolo professionale	47	45	-2	-4,3
Ruolo tecnico	4.315	4.420	105	2,4
Ruolo amministrativo	2.020	1.988	-32	-1,6
TOTALE	19.766	20.194	428	2,2

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
COSTO DELLA SANITA' REGIONALE ANNI 2005 e 2008

COSTO DELLE STRUTTURE
Tiene conto del costo delle strutture ubicate su ciascun territorio

COSTI ANNO 2005

	Costo delle strutture		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	346.504.289	368.095.588	714.599.877
AV UD	472.085.209	471.331.271	943.416.480
AV PN	257.657.038	238.868.925	496.525.963
Regione	**1.076.246.536**	**1.078.295.784**	**2.154.542.320**

COSTI ANNO 2008

	Costo delle strutture		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	398.196.617	409.655.909	807.852.526
AV UD	527.043.390	530.333.894	1.057.377.284
AV PN	297.813.210	273.867.063	571.680.273
Regione	**1.223.053.217**	**1.213.856.866**	**2.436.910.083**

	Costo delle strutture - Valori percentuali		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	48,5	51,5	100
AV UD	50,0	50,0	100
AV PN	51,9	48,1	100
Regione	**50,0**	**50,0**	**100**

	Costo delle strutture - Valori percentuali		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	49,3	50,7	100
AV UD	49,8	50,2	100
AV PN	52,1	47,9	100
Regione	**50,2**	**49,8**	**100**

	Costo delle strutture - Valori procapite		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	908,5	965,1	1.873,5
AV UD	891,0	889,6	1.780,6
AV PN	859,9	797,2	1.657,1
Regione	**888,8**	**890,5**	**1.779,3**

	Costo delle strutture - Valori procapite		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	1.042,1	1.072,1	2.114,3
AV UD	976,6	982,7	1.959,4
AV PN	954,0	877,3	1.831,3
Regione	**991,2**	**983,7**	**1.974,9**

Valori assoluti			
	Differenza % 2005 - 2008		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	14,92	11,29	13,05
AV UD	11,64	12,52	12,08
AV PN	15,59	14,65	15,14
Regione	**13,64**	**12,57**	**13,11**

Valori procapite			
	Differenza % 2005 - 2008		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	14,72	11,09	12,85
AV UD	9,61	10,47	10,04
AV PN	10,95	10,05	10,51
Regione	**11,52**	**10,47**	**11,00**

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA
COSTO DELLA SANITA' REGIONALE - ANNI 2005 e 2008

COSTO DEI RESIDENTI:
Tiene conto della mobilità dei ricoveri e della specialistica ambulatoriale
Sono esclusi i costi legati a prestazioni erogate per residenti extraregionali

COSTI ANNO 2005

	Costo dei residenti		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	341.617.238	368.511.858	710.129.096
AV UD	437.730.441	465.765.836	903.496.277
AV PN	236.600.483	227.994.523	464.595.006
Regione	**1.015.948.162**	**1.062.272.217**	**2.078.220.379**

COSTI ANNO 2008

	Costo dei residenti		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	397.831.747	408.660.603	806.492.350
AV UD	489.811.406	523.968.576	1.013.779.982
AV PN	274.394.399	258.883.602	533.278.001
Regione	**1.162.037.552**	**1.191.512.781**	**2.353.550.333**

	Costo dei residenti - Valori percentuali		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	48,1	51,9	100
AV UD	48,4	51,6	100
AV PN	50,9	49,1	100
Regione	**48,9**	**51,1**	**100**

	Costo dei residenti - Valori percentuali		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	49,3	50,7	100
AV UD	48,3	51,7	100
AV PN	51,5	48,5	100
Regione	**49,4**	**50,6**	**100**

	Costo dei residenti - Valori procapite		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	895,6	966,2	1.861,8
AV UD	826,2	879,1	1.705,2
AV PN	789,6	760,9	1.550,5
Regione	**839,0**	**877,3**	**1.716,3**

	Costo dei residenti - Valori procapite		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	1.041,2	1.069,5	2.110,7
AV UD	907,6	970,9	1.878,6
AV PN	879,0	829,3	1.708,3
Regione	**941,8**	**965,6**	**1.907,4**

Valori assoluti

	Differenza % 2005 - 2008		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	16,46	10,89	13,57
AV UD	11,90	12,50	12,21
AV PN	15,97	13,55	14,78
Regione	**14,38**	**12,17**	**13,25**

Valori procapite

	Differenza % 2005 - 2008		
	Costo Ospedale	Costo territorio	Costo sanità
AV TS GO	16,25	10,70	13,37
AV UD	9,86	10,45	10,17
AV PN	11,32	8,99	10,18
Regione	**12,25**	**10,07**	**11,14**

VISTO: IL PRESIDENTE: TONDO
VISTO: IL SEGRETARIO GENERALE: BERTUZZI

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PARTE I-II-III (FASCICOLO UNICO)

DIREZIONE E REDAZIONE (pubblicazione atti nel B.U.R.)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
PRESIDENZA DELLA REGIONE - SEGRETARIATO GENERALE
SERVIZIO AFFARI DELLA PRESIDENZA E DELLA GIUNTA
P.O. Attività specialistica per la redazione del Bollettino Ufficiale della Regione
Piazza dell'Unità d'Italia 1 - 34121 Trieste
Tel. +39 040 377.3607
Fax +39 040 377.3554
e-mail: ufficio.bur@regione.fvg.it

AMMINISTRAZIONE (spese di pubblicazione atti nella parte terza del B.U.R. e fascicoli)

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
DIREZIONE CENTRALE PATRIMONIO E SERVIZI GENERALI
SERVIZIO PROVVEDITORATO E SERVIZI GENERALI
Corso Cavour 1 - 34132 Trieste
Tel. +39 040 377.2037
Fax +39 040 377.2383
e-mail: s.provveditorato.bur@regione.fvg.it

PREZZI E CONDIZIONI in vigore dal 1° gennaio 2010
(ai sensi della delibera G.R. n. 2840 dd. 17 dicembre 2009)

INSERZIONI NELLA PARTE TERZA DEL B.U.R.

Si precisa che ai sensi del Regolamento recante le norme per le pubblicazioni del B.U.R.:

- - gli atti destinati alla pubblicazione che pervengono alla Redazione del B.U.R. entro le ore 16.00 del lunedì, sono pubblicati il secondo mercoledì successivo.
- - i testi degli atti da pubblicare devono pervenire alla Redazione tramite il servizio telematico che è disponibile attraverso accesso riservato ad apposita sezione del portale internet della Regione.
  - tale procedura consente, tra l'altro, di determinare direttamente il costo della pubblicazione che il richiedente è tenuto ad effettuare in forma anticipata rispetto l'effettiva pubblicazione sul B.U.R.; l'inoltro del documento in forma cartacea - ammesso solo in caso di motivata impossibilità organizzativa dei soggetti estensori – comporta l'applicazione di specifiche tariffe più sotto dettagliate, fermo restando il pagamento anticipato della spesa di pubblicazione;
  - gli atti da pubblicare, qualora soggetti all'imposta di bollo, devono essere trasmessi nella forma cartacea in conformità alla relativa disciplina.
- Il calcolo della spesa di pubblicazione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea, ecc. che compongono il testo ed eventuali tabelle da pubblicare. Il relativo conteggio è rilevabile tramite apposita funzione nel programma MS Word nonché direttamente dal modulo predisposto nella sezione dedicata nel portale della Regione (fatti salvi la diversa tariffa ed il relativo calcolo previsto per le tabelle e tipologie di documento prodotte in un formato diverso da MS Word).
- La pubblicazione di avvisi, inserzioni ecc. avverrà previo **PAGAMENTO ANTICIPATO** della corrispettiva spesa nelle forme in seguito precisate, fatte salve specifiche e motivate deroghe.
  A comprova, dovrà essere inviata la copia della ricevuta quietanzata alla Direzione centrale patrimonio e servizi generali – Servizio provveditorato e SS.GG. – Corso Cavour, 1 – 34132 Trieste – FAX n. +39 040 377.2383 – utilizzando il modulo stampabile dal previsto link a conclusione della procedura di trasmissione del la richiesta di pubblicazione eseguita tramite il portale internet della Regione.

Le tariffe unitarie riferite a testi e tabelle **PRODOTTI IN FORMATO MS WORD** sono applicate secondo le seguenti modalità:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER CARATTERE, SPAZI, ECC.
A)	Area riservata PORTALE	OBBLIGATORIA	€ 0,04
A.1)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 0,05
B)	Via e-mail a Redazione BUR	OBBLIGATORIA	€ 0,06
B.1)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 0,08
C)	Cartaceo (inoltro postale/fax)	OBBLIGATORIA	€ 0,10
C.1)	Cartaceo (inoltro postale/fax)	NON OBBLIGATORIA	€ 0,15

- Il costo per la pubblicazione di tabelle e tipologie di documenti **PRODOTTI IN FORMATO DIVERSO DA MS WORD** sarà computato forfetariamente con riferimento alle succitate modalità di trasmissione e tipo di pubblicazione. Nella fattispecie, le sottoriportate tariffe saranno applicate per ogni foglio di formato A/4 anche se le dimensioni delle tabelle, ecc. non dovessero occupare interamente il foglio A/4:

TIPO TARIFFA	MODALITÀ TRASMISSIONE TESTO	TIPO PUBBLICAZIONE	TARIFFA UNITARIA PER FOGLIO A/4 INTERO O PARTE
A/tab)	Area riservata PORTALE	OBBLIGATORIA	€ 120,00
A.1/tab)	Area riservata PORTALE	NON OBBLIGATORIA	€ 150,00
B/tab)	Via e-mail a Redazione BUR	OBBLIGATORIA	€ 180,00
B.1/tab)	Via e-mail a Redazione BUR	NON OBBLIGATORIA	€ 210,00
C/tab	Cartaceo (inoltro postale/fax)	OBBLIGATORIA	€ 300,00
C.1/tab	Cartaceo (inoltro postale/fax	NON OBBLIGATORIA	€ 360,00

- **Esclusivamente** per la pubblicazione degli Statuti dei Comuni, delle Province e delle Comunità montane della Regione Friuli Venezia Giulia, e/o loro parziali modifiche, sono applicate le seguenti agevolazioni:
  PROVINCE e COMUNI con più di 5.000 abitanti — riduzione del 50% su tariffe A e B
  COMUNI con meno di 5.000 abitanti — riduzione del 75% su tariffe A e B
  COMUNITÀ MONTANE — riduzione del 50% su tariffe A e B
- **Tutte le sopraindicate tariffe s'intendono I.V.A. esclusa**

FASCICOLI

PREZZO UNITARIO DEL FASCICOLO

- formato CD € 15,00
- formato cartaceo con volume pagine inferiore alle 400 € 20,00
- formato cartaceo con volume pagine superiore alle 400 € 40,00

PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un trimestre solare € 35,00
PREZZO UNITARIO del CD contenente la raccolta di tutti i fascicoli pubblicati in un anno solare € 50,00

PREZZI DELLA FORNITURA DEI PRODOTTI CON DESTINAZIONE ESTERO COSTO AGGIUNTIVO € 15,00

TERMINI PAGAMENTO delle suddette forniture IN FORMA ANTICIPATA
I suddetti prezzi si intendono comprensivi delle spese di spedizione

La fornitura di fascicoli del BUR avverrà previo pagamento ANTICIPATO del corrispettivo prezzo nelle forme in seguito precisate. A comprova dovrà essere inviata al sottoriportato ufficio la copia della ricevuta quietanzata:
DIREZIONE CENTRALE PATRIMONIO E SERVIZI GENERALI – SERVIZIO PROVVEDITORATO E SS.GG. – CORSO CAVOUR, 1 – 34132 TRIESTE
FAX N. +39 040 377.2383 E-MAIL: s.provveditorato.bur@regione.fvg.it

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Le spese di pubblicazione degli avvisi, inserzioni, ecc. nella parte terza del B.U.R. e i pagamenti dei fascicoli B.U.R. dovranno essere effettuati mediante versamento del corrispettivo importo sul conto corrente postale n. **85770709** intestato a **Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia - Servizio Tesoreria - Trieste** (per diverse modalità di pagamento rivolgersi all'Ufficio amministrazione B.U.R. del Servizio provveditorato e SS.GG.).

OBBLIGATORIAMENTE dovrà essere indicata la riferita causale del pagamento, così dettagliata:

- per spese pubbl. avvisi, ecc. **CAP/E 708 - INSERZ. BUR (riportare sinteticamente il titolo dell'inserzione)**
- per acquisto fascicoli B.U.R. **CAP/E 709 - ACQUISTO FASCICOLO/I BUR**

Al fine della trasmissione dei dati necessari e della riferita attestazione del pagamento sono predisposti degli appositi moduli scaricabili dal sito Internet:
www.regione.fvg.it -> **bollettino ufficiale**, alle seguenti voci:

- **pubblica sul BUR (utenti registrati)**: *il modulo è stampabile ad inoltro eseguito della richiesta di pubblicazione tramite il portale*
- **acquisto fascicoli**: *modulo in f.to DOC*

GUIDO BAGGI - Direttore responsabile
ERICA NIGRIS - Responsabile di redazione
iscrizione nel Registro del Tribunale di Trieste n. 818 del 3 luglio 1991

in collaborazione con insiel spa
impaginato con Adobe Indesign CS2®
stampato da Direzione centrale servizi generali e patrimonio
- Servizio del Provveditorato - Centro Stampa Regionale